Nr 17 25 kwietnia 1937 Rok XVI

POLSKA GAZETA LEKARSKA

HISTORIA I FILOZOFIA MEDYCYNY.

Doc. Dr Tadeusz BILIKIEWICZ. Kocborowo.

Berlin i Lipsk — dwa ośrodki historii medycyny w Niemczech.

Z Zakładu Historii Medycyny Uniw. Jag. w Krakowie.

Historia medycyny jest przedmiotem uprawianym z coraz większym zapałem we wszystkich niemal państwach Europy i Ameryki. Czołowe miejsce w tej dziedzinie zajmują jednak niepodzielnie Niemcy, i to zarówno pod względem naukowym, jak i pedagogicznym. Dwa największe instytuty historii medycyny i nauk przyrodniczych w Niemczech reprezentują godnie tę naukę — w Berlinie i w Lipsku. Mam w ręku właśnie dwie publikacje sprawozdawcze z tych zakładów[1]). Są krótkie, zwięzłe i dążą raczej do cyfrowego, schematycznego zapoznania ogółu z podstawami ich bytu. Moim zdaniem, warto podzielić się tą lekturą z szerszym światem lekarskim polskim. Historia medycyny przestała już być przedmiotem, który zajmuje tylko szczupłą garstkę specjalistów. Zwłaszcza niemiecka historia medycyny szuka świadomie styczności ze światem medycyny praktycznej, z medycyną żywą. Jakąż drogą?

W sprawozdaniu z instytutu berlińskiego prof. Diepgen podnosi jako naczelną zasadę, której podporządkować się muszą wszystkie wysiłki zarówno badawcze, jak i wychowawczo-nauczycielskie, uprawianie tzw. żywej historii medycyny. Określenie to ma się przeciwstawiać pojęciu jakoby martwej historii medycyny. Chodzi o to, by instytut historii medycyny stale miał na oku główny cel swego istnienia, który polega na przygotowywaniu do życia zawodowego przyszłych lekarzy.

Sam dobór tematów wykładów czy badań musi więc nawiązywać do życia, do praktyki lekarskiej, do medycyny w ogóle, jako nauki i sztuki. Pod tym względem prof. Diepgen, kierownik berlińskiego instytutu historii medycyny i nauk przyrodniczych, dopatruje się odległych tradycji u wykładowców historii medycyny w dziejach tamtejszego wydziału lekarskiego. Już od dawien dawna wysuwano na pierwszy plan takie tematy, jak historia chorób, patologia historyczna, dzieje epidemiologii, geografia medyczna, encyklopedia i metodologia medycyny, studia źródeł do dziejów medycyny itd. Takie i tym podobne tematy zalicza prof. Diepgen do żywej historii medycyny i one to zajmują uprzywilejowane miejsce w planie badań i nauczania naszego przedmiotu.

W tym samym duchu przygotowywania młodzieży medycznej do przyszłego życia zawodowego utrzymane są wysiłki wykładowców, zmierzające do zapoznania medyków z rozwojem dziejowym medycyny. Wyrabia to w przyszłych lekarzach zamiłowania humanistyczne, uczy ich patrzeć na zagadnienia naukowe i zawodowe w oderwaniu od czasu, powstrzymuje ich bezwładny pęd ku praktycyzmowi, ku traktowaniu medycyny jako rzemiosła, jako czystego wykonawstwa lekarskiego. Najwięksi lekarze, jak uczą dzieje medycyny, mieli wszechstronne wykształcenie humanistyczne, dające im szerokie wejrzenie na świat, na zagadnienia nauki, na zawód lekarski. Historia medycyny, chociażby w tym minimalnym zakresie, w jakim może być uwzględniona w programie studiów lekarskich na uniwersytetach, czyni z przyszłego lekarza człowieka w całym tego słowa znaczeniu kulturalnego; dzięki niej młody człowiek nabywa, poza wiedzą i umiejętnością, jeszcze podstaw filozoficzno-humanistycznych dla swej przyszłej działalności zawodowej.

[1]) Diepgen P.: *Das Berliner Institut für Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, Lychnos,* rocznik Szwedzkiego Towarzystwa Historii Nauk, Uppsala 1936, Str. 230—234. — Brunn Walter von: *Das Institut für Medizingeschichte an der Universität Leipzig, Mitteilungen zur Geschichte der Medizin, der Naturwissenschaften und der Technik.* Bd. 36. Str. 1—4. 1937. Czasopismo to, poświęcone bibliografii wymienionych w nagłówku przedmiotów, jest organem Niemieckiego Towarzystwa Historii Medycyny, Nauk Przyrodniczych i Techniki.

Za doniosłe zadanie seminarium historii medycyny uznaje prof. Diepgen przygotowanie młodzieży medycznej do przyszłej pracy naukowej. Od roku szkolnego 1935/36 ćwiczenia seminaryjne poświęcone są sprawie wprowadzenia medyka w tajniki pracy naukowej. Krakowski zakład historii medycyny już od wielu lat prowadzi ćwiczenia w bibliografii lekarskiej, wiedząc dobrze, jak bezradni bywają czasem wybitni nawet lekarze-praktycy, gdy przyjdzie im przygotować do druku choćby skromną jakąś publikację. Bibliografia lekarska, przedmiot wiążący się jak najściślej z metodyką historyczną, stanowi niezbędne wprowadzenie dla każdego, kto chce pracować naukowo. Instytut berliński ma tu na oku szczególnie doktorantów, przygotowujących swe rozprawy. Motywy wprowadzenia takich ćwiczeń, przygotowujących do pracy naukowej, są na całym świecie jedne i te same. Jednym z najdonioślejszych motywów jest przyjęty wszędzie w zachodniej Europie obowiązek pisania rozprawy doktorskiej, której poziom winien być jak najwyższy. Jednym z podstawowych i niezbędnych warunków uzyskania jak najwyższego poziomu rozpraw doktorskich jest wpojenie doktorantom podstaw metodycznych pracy naukowej. Do tego jest powołane i jedynie kompetentne seminarium historii medycyny.

Środki, którymi instytut historii medycyny w Berlinie rozporządza dla urzeczywistnienia tych celów, są olbrzymie. Instytut stworzony został właściwie dopiero w roku 1930. Powstał przez stopienie w jedną całość dwóch przedmiotów: historii medycyny i historii nauk przyrodniczych. Naczelnym dyrektorem tak rozbudowanego instytutu został prof. Diepgen, natomiast kierownikiem działu historii nauk przyrodniczych w łonie tegoż instytutu został prof. Ruska. Instytut, mieszczący się w Berlinie przy *Universitätstrasse* 3 b, zajmuje całe piętro dużego budynku, składające się z 22 pokoi. Biblioteka instytutu liczy 20 tysięcy tomów, rozpadając się na szereg działów, z których osobne miejsce zajmuje np. historia farmacji, biblioteka podręczna na użytek pracowników naukowych, zawierająca dzieła bibliograficzne, encyklopedyczne, podręczniki oraz dzieła z zakresu rozmaitych dziedzin pogranicznych. Na techniczną stronę nie żałowano pieniędzy. Lektorium urządzone zostało na wzór biblioteki państwowej w Berlinie. Instytut posiada w sali wykładowej aparat projekcyjny, aparat fotograficzny do sporządzania diapozytywów i do kopiowania rękopisów itd. Instytut dąży do tego, by każdy pracownik naukowy, nie wyłączając doktorantów, miał zapewnione wszystkie wygody potrzebne do spokojnej pracy. Niektórzy pracują w osobnych pokojach, a w każdym razie każdy pracownik naukowy ma swoje stałe miejsce, z łatwym dostępem do zbiorów instytutu, do księgozbioru, czasopism, dzieł podręcznych itd.

Personel instytutu składa się obecnie z naczelnego dyrektora prof. Diepgena, z dwóch kierowników oddziału historii nauk przyrodniczych, osobno dla historii przyrodoznawstwa nieorganicznego (prof. Ruska), osobno organicznego (doc. dr Schuster), dalej dwóch asystentów, 2 płatnych praktykantów, 1 wolontariusza, wreszcie sekretarza, sekretarki, bibliotekarki i woźnego.

Prace naukowe instytutu drukowane są we własnych wydawnictwach, których obecnie jest trzy:

1) *Quellen und Studien zur Geschichte der Naturwissenschaften und der Medizin.*

2) *Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften,* wydawnictwo przeznaczone głównie dla drukowania rozpraw doktorskich.

3) *Mitteilungen aus dem Institut für Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften,* wychodzące jako dodatek do *„Klinische Wochenschrift“.*

Instytut historii medycyny w Lipsku przechodził ostatnio zmienne koleje losu. Założony w roku 1905 z fundacji małżonków Puschmannów przez czynnego wciąż jeszcze nestora niemieckiej historii medycyny Karola Sudhoffa, rozwijał się stale dochodząc z czasem do poziomu niewątpliwie najlepszego,

najwyżej pod względem naukowym i pedagogicznym postawionego zakładu na świecie. Do wyżyn takich doszedł instytut dzięki niezmordowanej pracy Sudhoffa, człowieka niewyczerpanego w swej pracowitości, ożywionego duchem naprawdę naukowego pragnienia wiedzy. W ciągu 20 lat od założenia Sudhoff sam kierował zakładem. W roku 1925 przejął kierownictwo instytutu prof. Sigerist, który po 7 latach przeniósł się do Ameryki, powołany na kierownika nowo stworzonego, olbrzymiego instytutu historii medycyny w Baltimore. W ciągu 7 lat pracy zdołał prof. Sigerist rozwinąć we wszystkich kierunkach działalność instytutu lipskiego, poświęcając szczególnie dużo czasu i zamiłowania pracy pedagogicznej. Indywidualność Sigerista, pełna polotu, niezmordowanego pędu ku czemuś nowemu, ku reformie, trawiona jakimś wewnętrznym, nieugaszonym żarem energii organizacyjnej, posiadała ogromną siłę atrakcyjną wobec młodzieży. Sudhoff i Sigerist to dwa odrębne światy. Pierwszy reprezentuje żelazny rygor niemieckiego ducha, nacechowany poczuciem ścisłości, dokładności, pędem do wiedzy źródłowej, kronikarskiej, kolekcjonerskiej, odznaczający się iście niemieckim *„Sitzfleischem"*. Drugi, Szwajcar z pochodzenia, wychowany w Paryżu, wniósł w niemiecką historię medycyny i w lipski instytut pierwiastki romańskie, francuski *„esprit"*. W ciągu 7 lat pobytu w Lipsku instytut historii medycyny stał się miejscem schadzek o międzynarodowym zakroju najwybitniejszych historyków medycyny świata, młodych adeptów tej wiedzy, rzesz akademickich interesujących się tym przedmiotem, lekarzy, historyków itd. Sigerist umiał zainicjować wieczory dyskusyjne z pogranicza historii i medycyny i innych dziedzin pokrewnych i dalszych, wieczory, które skupiały niekiedy taką ilość słuchaczy, iż salka wykładowa przy *Thalstrasse* 38 z trudem ich zdołała ogarnąć.

Tuż przed przewrotem hitlerowskim, gdyż w roku 1932 Sigerist ustąpił. Ożywiony ruch naukowy i pedagogiczny w instytucie zamarł. Nastało *interregnum* trwające około półtrzecia roku. Nie wiedziano z początku, jak rząd Hitlera odnosić się będzie do sprawy humanistycznego kształcenia młodzieży medyckiej. Po rozmaitych przejściowych stadiach ostatecznie zamianowany został nowy kierownik instytutu prof. Walter von Brunn, jeden z lepszych niemieckich historyków medycyny. Zbyt mało jeszcze czasu upłynęło, by można sobie było urobić sąd o nowym kierownictwie zakładu. Saskie Ministerstwo Oświaty stworzyło jednakże instytutowi tak bajeczne warunki materialne, iż spodziewać się można nowego okresu rozkwitu tej sławnej placówki naukowej.

Przede wszystkim instytut zmienił siedzibę i mieści się obecnie przy *Thalstrasse* 33, w lokalu specjalnie na ten cel odnowionym, obejmującym 631,12 m² powierzchni, z czego na bibliotekę przypada 83,45 a na salę wykładową 67,36 m². Instytut mieści się w 20 pokojach, na II piętrze. Książnica liczy 25 tysięcy tomów, przy czym długość półek wynosi 587 metrów. Instytut posiada ponadto bogate zbiory rękopisów, przedmiotów muzealnych, portretów, diapozytywów, fotografij itd. Część zbiorów znajduje pomieszczenie w piwnicach instytutu. Większość zbiorów jest skatalogowana, brak tylko dotychczas katalogu rzeczowego. Skład personalny zakładu nie jest zdaje się dotychczas jeszcze definitywnie ustalony. Prawdopodobnie będzie zbliżony do obsady instytutu berlińskiego. W sprawozdaniu prof. von Brunna, na którym tu się opieram, skład osobowy nie jest podany, jednakże w tekście nie ma wzmianki o tym, by uległ on redukcji od czasów prof. Sigerista. Wtedy zaś było kilku asystentów, sekretarka, bibliotekarka, woźny itd.

W tych warunkach można się spodziewać wielkich wyników. Nie znamy dotychczas indywidualności prof. von Brunna, jego planów naukowo-pedagogicznych, jego ideologii. Sądząc jednakże z dotychczasowej jego działalności naukowej, można rokować piękne nadzieje.

W tymże numerze *Mitt. Gesch. Med. u. Naturw.* na str. 143 znajdujemy wzmiankę prof. Diepgena, podającą do wiadomości ogółu, iż historia medycyny ma być w Niemczech wprowadzona do studiów lekarskich — w myśl nowej ustawy o egzaminach państwowych — jako przedmiot obowiązkowy. Celowości i słuszności tego rozporządzenia — którego prototypem od wielu lat jest zresztą polska organizacja studiów lekarskich — nie potrzeba szeroko udowadniać.

PRACE ORYGINALNE.

Dr Włodzimierz BARANOWSKI. Kraków.

Poronienie wskutek wypadku, czy wypadek wskutek poronienia?

Z Zakładu Medycyny Sądowej U. J. w Krakowie.
Kierownik: Prof. Dr Jan Olbrycht.

W dniu 7. X. 1935 r. koło godziny 11 wpadła pod samochód ciężarowy wieśniaczka K. M., lat 45, przy czym odniosła szereg ran i kontuzyj. Przewieziona na Oddział Chirurgiczny Państwowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie zmarła tamże nazajutrz o godzinie 8.

Sekcja sądowo-lekarska zwłok denatki, wykonana w Zakładzie Medycyny Sądowej U. J. (L. prot. 304/1935, obducent Prof. Dr Olbrycht) dała następujący wynik:

„Zewnętrznie: 1. Zwłoki kobiety dość dobrej budowy ciała i odżywienia, 149 cm długie. Plamy pośmiertne ledwie widoczne. Stężenie wszędzie utrzymane.

2. Nad kością ciemieniową prawą poprzeczna, nieregularna, o brzegach szarpanych, do kości drążąca, 6 cm długa, na 1,5 cm rozwarta rana.

3. Na brodzie po stronie prawej pergaminowato zeschnięte, wielkości i kształtu bobu, otarcie naskórka, krwią podbiegnięte.

4. Przez pośladek prawy od grzebienia kości biodrowej aż na udo biegnie głęboka, aż do kości sięgająca rana 18 cm długa, o brzegach nierównych, miażdżonych, krwią podbiegniętych.

5. Nad łokciem prawym i po zewnętrznej stronie uda prawego słabo zaznaczone sińce na przestrzeni wielkości 10-złotówki.

6. Zresztą na ciele zewnętrznie nie stwierdza się innych obrażeń.

Wewnętrznie: 7. Powłoki czaszki w otoczeniu opisanych obrażeń krwią podbiegnięte, zresztą blade".

W dalszym ciągu ograniczę się do przytaczania z protokołu sekcyjnego jedynie zmian godnych uwagi, pomijając natomiast nieistotne.

„11. W jamie brzusznej około 1,5 litra płynnej krwi, nadto zaotrzewnowy krwiak wielkości główki noworodka w okolicy nerki prawej. Otrzewna cienka, gładka, lśniąca.

12. Wątroba odpowiedniej budowy i wielkości okazuje na górnej powierzchni prawego płata gwiazdkowate pęknięcie o ramionach do 6 cm długich, sięgających głęboko w miąższ wątroby. Nadto stwierdza się przerwę ciągłości między prawym a lewym płatem na przestrzeni 6 cm. Miąższ wątroby blady, suchy. Worek żółciowy bez zmian.

13. Nerka prawa leży w obrębie wspomnianego krwiaka i zmiażdżona na szereg kawałków do wielkości dużej śliwki dochodzących.

15. Macica wielkości dwu pięści, nieuszkodzona, zawiera w swym wnętrzu w związku z jej ścianą pozostające łożysko na przestrzeni dłoni, a w środku tegoż łożyskowy przyczep pępowiny z 3 cm długim kawałkiem tejże o końcu obwodowym nierównym. Grubość pępowiny dochodzi do grubości pióra gęsiego. Kanał szyjki z trudnością przepuszcza mały palec. W pochwie poza treścią krwawą brak innej treści. Wspomniana w oględzinach zewnętrznych rana pośladka i uda prawego łączy się z raną krocza i tylnej ściany pochwy mniej więcej do połowy jej długości. Jajowody bez zmian; w prawym jajniku prawdziwe ciałko żółte.

17. Po wyjęciu wszystkich trzew stwierdza się złamanie żebra VI i VIII w linii przykręgowej po stronie lewej, po stronie zaś prawej żeber III do IX włącznie w linii sutkowej oraz VII, VIII, IX w linii przykręgowej. Opłucne i części miękkie w okolicy złamań krwią podbiegnięte.

18. Reszta kośćca nieuszkodzona".

Wobec tego wyniku sekcji przyczyna śmierci denatki, jaką był krwotok wewnętrzny do jamy brzusznej w następstwie pęknięcia wątroby i nerki prawej, była zupełnie jasna.

Natomiast znalezienie w jamie macicy łożyska wraz z kawałkiem pępowiny atoli bez płodu dało powód do następujących rozważań:

1) czy poronienie nastąpiło wskutek wypadku samochodowego, czy też

2) poronienie miało miejsce już dawniej, płód został wydalony, a łożysko zatrzymane w jamie macicy.

Pierwsza z tych możliwości została zaraz wyłączona, gdyż łożysko znaleziono w nieuszkodzonej jamie macicy, gdzie nie było ani skrzepów krwi, ani wynaczynień. A wiadomą jest rzeczą, że krwawienie jest najważniejszym, chociaż nie najpewniejszym objawem makroskopowym przyżyciowego odczynu obrażenia. Nadto z historii choroby denatki wynika, że w cza-

sie krótkiego pobytu w szpitalu nie stwierdzono u denatki żadnego poronienia. Wreszcie przeciwko tej możliwości przemawiał prawie zamknięty kanał szyjki macicy, jak to stwierdzono przy sekcji. Tymczasem wymiary łożyska odpowiadały wielkości dłoni. Ponieważ zaś przeciętna średnica dłoni męskiej wynosi około 8 cm, zatem wymiary łożyska odpowiadałyby 4-miesięcznej ciąży, za czym również świadczyłaby i wielkość macicy, czyli w niniejszym przypadku wielkość płodu, którego długość musiałaby wynosić około 16 cm, wymagałaby dość znacznego nawet rozszerzenia kanału szyjki macicy przy wydalaniu płodu.

Natomiast drugą możliwość należało wziąć pod rozwagę.

Jest rzeczą znaną, że w pierwszych miesiącach ciąży łożysko często nie rodzi się samoistnie, co zresztą można spotkać i w dalej posuniętych, a nawet w dojrzałych ciążach. Spostrzeżenia kliniczne dotyczące takich zatrzymań łożyska w jamie macicy dowodzą, że może ono niejednokrotnie trwać dość długo. I tak przytoczę tylko kilka przykładów dotyczacych wczesnych okresów ciąży. Habit obserwował zatrzymanie łożyska w 4-miesięcznej ciąży przez 18 dni, a w przypadku 5-miesięcznej ciąży nawet przez 100 dni; Schultze opisuje zatrzymanie łożyska w 4-miesięcznej ciąży przez 12 dni, a Kuntzsch przez 210 dni także w ciąży 4-miesięcznej.

Oczywiście, że zatrzymanie łożyska może się zdarzyć jedynie w takich przypadkach, w których po częściowym poronieniu brak zupełnie krwawień, czy innych objawów. W ogóle jednak objawy zatrzymania części jaja płodowego w jamie macicy są dosyć groźne i zmuszają do natychmiastowej interwencji lekarskiej.

Przyczyny zatrzymania łożyska w jamie macicy mogą być różne, np. nienormalna miękkość ściany macicy wskutek niedostatecznego rozwoju mięśnia macicy lub też jego osłabienia z powodu częstych porodów; dalej mogą wchodzić w rachubę schorzenia błony śluzowej macicy, w szczególności przewlekłe zanikowe sprawy błony śluzowej macicy.

Zatrzymane w jamie macicy łożysko może przechodzić pewne zmiany w związku z długością czasu trwania zatrzymania i natężeniem wstecznych procesów w macicy. Wskutek tych procesów powierzchnia łożyska może być mniej lub więcej zmieniona. Jednak znane są przypadki, w których brak jest zupełnie procesów rozkładu i łożysko pozostaje twarde, suche. Również może się zdarzyć, że procesy wsteczne mogą dotyczyć tylko pewnych części łożyska, podczas gdy reszta łożyska pozostaje niezmieniona. W naszym przypadku powierzchnia łożyska nie przedstawiała żadnych zmian.

Również przerwanie pępowiny przy wczesnych poronieniach jest zjawiskiem bardzo częstym. Biorąc pod uwagę niewielkie wymiary łożyska, a zatem ciążę, jak to już wyżej opisano, około 4-miesięczną można łatwo znaleźć wytłumaczenie dla przerwania pępowiny. H. Meyer tłumaczy mechanizm tego przerwania w ten sposób, że najpierw rozrywa się kosmówka (chorion), a zamknięty jeszcze worek owodni (amnion) zostaje wypchnięty i rozdziera się w miejscu silniejszego przyczepu u nasady pępowiny. Owodnia zaczyna się oddzielać od pępowiny, przez co przerwanie zostaje zapoczątkowane. Przerwanie najczęściej dokonywa się w pobliżu przyczepu łożyska, jakkolwiek nie zawsze. I w naszym przypadku pępowina była przerwana w odległości 3 cm od jej przyczepu łożyskowego.

Przerwana pępowina ma prawie zawsze brzegi skośne, nierówne, strzępiaste, często posiada nawet nierówne pęknięcia, a naczynia są przerwane na nierównej wysokości. Szczególnie tętnice sterczą często ponad powierzchnię przerwy. Rzadko natomiast spotyka się całkowicie poprzeczne pęknięcia ze strzępiastymi brzegami (Nekular, Kermauner i inni). Tissier podaje, że widział poprzeczne przerwanie pępowiny z gładką powierzchnią i równymi brzegami. Według spostrzeżeń Hankela powierzchnia przerwania pępowiny jest bardziej gładka w przypadkach przerwania jej tuż przy pępku.

Z wywiadów uzyskanych od męża denatki udało się jedynie dowiedzieć, że denatka mówiła mu „jakoś przed trzema miesiącami, że nie miała periodu“. Do czasu tragicznego jednak wypadku nic mu denatka nie mówiła, aby się period ponownie pojawił, ani też nie wspominała o żadnych krwawieniach z narządu rodnego. Również nie było mu nic wiadome, aby żona jego starała się ciążę usunąć.

Z kolei należało stwierdzić w tkance pępowiny taki odczyn, któryby pozwolił na wysnucie odpowiednich wniosków. Jak bowiem wiadomo, odczyn miejscowy obrażenia ujawnia się w żywym ustroju albo jako proces zapalny, albo jako proces reparacyjny. Poza tymi dwoma procesami przyjmuje się jeszcze praktycznie, jak to już wyżej wspomniałem, krwawienie, krzepnięcie krwi oraz retrakcję tkanek. Jeżeli jednak wysuwa się na pierwszy plan proces zapalny, to dzieje się to dlatego, że stwierdzenie całkiem pewne procesu zapalnego w tkance dowodzi z jednej strony niezbicie przyżyciowego powstania uszkodzenia tkanki, z drugiej zaś strony proces zapalny przez przemiany jego nasilenia pozwala także do pewnego stopnia wysnuwać wnioski co do czasu trwania uszkodzenia tkanki. Tę ostatnią możebność atoli należy mimo wszystko oceniać ostrożnie, gdyż mogą powstać pewne czynniki, które działają hamująco lub opóźniająco na wytworzenie się odczynu zapalnego. Do tych czynników należą: wstrząs *(shock)*, wstrząśnienie mózgu, starość, charłactwo, znaczne osłabienie ustroju, jako skutek ciężkich obrażeń, wreszcie znaczna utrata krwi. Są to zatem te same czynniki, które mogą także wpłynąć na zmniejszenie, czy nawet na brak krwawienia. W każdym razie doświadczenie pouczyło, że u osobników silnych występuje szybszy i wyraźniejszy obraz odczynu zapalnego, niż u osobników, którzy ulegli śmiertelnym obrażeniom.

Najwcześniejszą pewną oznaką zapalenia jest pojawienie się leukocytów. Z początku znajduje się większą ilość leukocytów w odpowiednim naczyniu, skąd one potem w dalszym rozwoju procesu zapalnego wywędrowują i zbierają się poza naczyniem. Przy obrażeniach śmiertelnych można znaleźć ten odczyn leukocytarny po upływie pół godziny. Natomiast przy obrażeniach lekkich, np. przy ukłuciu owadów odczyn leukocytarny zazwyczaj pojawia się niemal natychmiast. Jak z tego widać, odczyn ten jest naprawdę wartościowym dowodem. Musi się jednak pamiętać o wyżej przytoczonych czynnikach hamujących.

I w naszym przypadku należało przede wszystkim szukać tego odczynu w obwodowym końcu pępowiny. W razie stwierdzenia tego odczynu można by z uwagi na jego wielkość i nasilenie określić nawet do pewnego stopnia czas poronienia.

Po utrwaleniu pępowiny w słabej formalinie i następnie po przeprowadzeniu przez alkohol i eter, zatopiono ją w celoidynie i porobiono skrawki grubości 10 mikronów. Skrawki te barwiono następnie hematoksyliną i eozyną.

Przy oglądaniu preparatów otrzymano wynik nieoczekiwany: Galareta Whartona jednostajnie różowo zabarwiona, bez żadnej struktury; stwierdza się w niej nieliczne jądra okrągłe, bardzo słabo się barwiące, o niewyraźnych obrysach i o charakterze jąder rozpływnych i rozpadających się. W preparatach widoczne zarysy naczyń o świetle częściowo pustym, częściowo zapadniętym. Błona wewnętrzna naczyń również się barwi jednostajnie, w zupełności martwicza. Zarówno w naczyniach, jak i w tkance pępowiny brak jakichkolwiek zmian zapalnych lub nacieków komórkowych. Cały obraz mikroskopowy wykazuje daleko posuniętą martwicę tkanek. Również łożysko badane drobnowidowo okazuje podobne zmiany martwicze, jednak w znacznie mniejszym stopniu.

W tym stanie rzeczy można było wykluczyć poronienie wywołane przez wypadek, jakiemu uległa denatka, a natomiast można było przyjąć, że poronienie musiało nastąpić na jakiś czas przed nim i to tak długi, iż mogło przyjść do zwyrodnienia tkanek. Było to zatem poronienie niezupełne, przy którym część jaja płodowego została wydalona, część natomiast tzn. łożysko wraz z kawałkiem pępowiny pozostało w jamie macicy.

Mając powyższe wywody na uwadze nasuwa się nawet zapytanie, czy owo niezupełne poronienie, stwierdzone na sekcji u denatki, nie stało się przyczyną jej śmiertelnego wypadku samochodowego? Denatka bowiem mogła mieć w krytycznej chwili skurcze macicy, a towarzyszące im bóle, dalej osłabienie ustroju, jakie towarzyszy poronieniu i być może nawet stan gorączkowy, utrudniając jej orientację na ulicy, mogły stać się przyczyną wypadku. Można by zatem mówić nawet z pewnym prawdopodobieństwem o dziwnym zbiegu okoliczności, gdzie poronienie niezupełne mogło stać się powodem wypadku automobilowego.

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Dr Wiktor TOMASZEWSKI. Poznań.

Kliniczne znaczenie nowszych witamin.

Witamina B_2, E, H, P, K, C_2, czynnik R.

Z II Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniw. Pozn.
Dyrektor: Prof. Dr Wincenty Jezierski.

Dziedzina witamin i hormonów stanowi dzisiaj najlepiej rozwijającą się gałąź medycyny. Każdy prawie rok przynosi nowe zdobycze rozświetlające nam patogenezę niektórych chorób o niejasnej dotychczas etiologii.

Gromadzące się szybko coraz to nowe fakty i odkrycia w dziedzinie witamin czynią potrzebę zebrania od czasu do czasu osiągniętych zdobyczy, ażeby wyrobić sobie pogląd na całość zagadnienia.

Z tego powodu wykonałem zestawienie poglądowe wyników badań z ostatnich kilku lat dotyczących nowszych witamin i to przede wszystkim pod klinicznym punktem widzenia.

Jak to się ma w ogóle z nowymi odkryciami znajduje się i w tej dziedzinie dużo luk i poniekąd chaos. Duże trudności bowiem, jeśli chodzi o metodyczną stronę tych badań sprawiają, że dane nasze dotyczące poszczególnych czynników uzupełniających, ich właściwości biologicznej w ustroju ludzkim są jeszcze bardzo niedokładne i niepewne.

Dotyczy to przede wszystkim samej nomenklatury, w której, trzeba tu podkreślić, panuje duży chaos i zamieszanie. Różne szkoły oznaczają niekiedy ten sam czynnik uzupełniający różnymi nazwami komplikując niepotrzebnie całe zagadnienie.

Witamina B_2.

Bardzo cenne są badania witaminy B_2. Niektórzy autorowie oznaczają ją też, zwłaszcza w dawniejszych pracach, jako witaminę G (Griffith, Lepkowsky i Jukes, Hunt Record i Bethke, Davis i Norris, Brabec).

Okazuje się, że składa się ona z kilku witamin najprawdopodobniej z pięciu (tzw. kompleks witamin B_2). Te pięć czynników dają się biologicznie, a po części i chemicznie dość dobrze odgraniczyć. Istnieje między nimi prawdopodobnie pewna korelacja.

Zgodnie z Györgym określa się czynnik wzrostu, jako B_2 w węższym znaczeniu, natomiast czynnik zapobiegający pelagrze jako B_6. Obecnie przejdziemy po kolei poszczególne składniki kompleksu witamin B_2.

Czynnik wzrostowy. (Sure Kike i Smith oznaczają czynnik wzrostowy witaminy B_2 jako wit. *F.)*. Czynnik ten, jak już wyżej wspomniano jest inaczej zwany wit. B_2 w ściślejszym znaczeniu. Nazwa „wzrostowy" jest trochę nieścisła, gdyż właściwości pobudzające wzrost posiadają po części też inne witaminy.

Badania ostatnich kilku lat dały znakomite wyniki. Wyodrębniono go chemicznie, oznaczono jego wzór i budowę a w ostatnich czasach otrzymano go syntetycznie (Kuhn i Karrer 1935). Jest to laktoflawina należąca do grupy barwików, krystalizująca w postaci żółtych kryształów.

Czynnik wzrostowy witaminy B_2 występuje we wszystkich komórkach świata zwierzęcego i roślinnego. Ma ona działać jako katalizator w procesach utleniania.

Bardzo wybitnie wzrasta ilość laktoflawiny w kiełkujących ziarnach. Najwięcej witaminy B_2 znajduje się w drożdżach, dalej w białku jaj, wątrobie, nerkach, mięśniu sercowym itd.

Czynnik wzrostowy witaminy B_2 magazynuje się w ustroju szczególnie w wątrobie oraz przechodzi stosunkowo łatwo do płynu mózgowo-rdzeniowego i do pokarmu kobiecego (Drigalski).

Nie znamy dokładnie dziennego zapotrzebowania u człowieka oraz nie wiemy czy spełnia on u niego rzeczywiście rolę witaminy wzrostowej, czy też służy do budowy innych związków. W czasie karmienia zapotrzebowanie tego czynnika wzrostowego wit. B_2 jest wzmożone. Nie znamy jednak dotychczas awitaminozy na tle braku czynnika wzrostowego u człowieka.

Czynnik wzrostowy witaminy B_2 wydziela się z moczem i kałem (Vivanco). Normalny mocz zawiera około 1,5 mg flawiny w litrze. Ilość jej wydzielana w kale ma być większa, niż w moczu. Nie jest to już czysta witamina lecz częściowo rozszczepiona.

Witamina B_6. Dalszym składnikiem kompleksu witamin B_2 jest czynnik zapobiegający występowaniu rumienia lombardzkiego u ludzi i nazwany witaminą B_6 lub inaczej czynnikiem przeciwpelagrycznym (czynnik P-P Goldbergera). Witamina ta jest prawdopodobnie identyczna z czynnikiem Y Chicka i Coppinga. Do zapobiegania pelagrze oprócz witaminy B_6 konieczne jest jeszcze współdziałanie czynnika wzrostowego z kompleksu B_2.

Nie jest ona chemicznie wyosobniona, wiadomo tylko, że jest odporna na wysoką ciepłotę. Występuje najwięcej w wątrobie, dalej w mięsie rybim, w drożdżach, żółtku jaj, sałacie, szpinaku, itd. Wydziela się z mlekiem i z moczem (Helmer).

Witamina B_6 wywiera pewien, jeszcze dokładnie nie zbadany, wpływ na przemianę siarkową w ustroju (Sullivan i Dawson). Poza tym zdaje się posiadać pewien bliżej nieokreślony związek z przyswajaniem żelaza w ustroju. Dotychczas nie znamy dziennego zapotrzebowania witaminy B_6 u człowieka.

Czynnik przeciwanemiczny. Badania rozmaitych autorów wykazały pewną łączność kompleksu witamin B_2 z niedokrwistością złośliwą. Zastrzykiwanie preparatów z witamin B_2 (drożdżowe wyciągi) wywołują wzrost ilości retikulocytów czyli tzw. przełom retikulocytowy, zupełnie tak samo, jak po zastrzykiwaniu preparatów wątrobowych (Seyderhelm i Grebe). Jednakże mimo początkowego silnego wzrostu retikulocytów nie daje się stanu krwi u chorych na niedokrwistość złośliwą sprowadzić do normy.

Czynnik przeciwanemiczny Castle'a, znajdujący się w wątrobie, którego brak, jak wiadomo, wywołuje niedokrwistość złośliwą składa się z 2 składników: mianowicie czynnika wewnętrznego (*„intrinsic factor"*) natury hormonalnej, wytwarzanego w błonie śluzowej żołądka oraz czynnika zewnętrznego *(„extrinsic faktor")* natury witaminowej. Przez połączenie tych 2 czynników powstaje dopiero właściwy czynnik przeciwanemiczny Castle'a, odkładający się w wątrobie i zapobiegający niedokrwistości złośliwej.

Zdaniem Castle'a i Straussa (1932 r.) wszystkie w ogóle nadbarwliwe (hiperchromowe) niedokrwistości u ludzi mają polegać na wypadnięciu działania czynnika przeciwanemicznego. Może to dochodzić do skutku z dwóch powodów: 1) przez brak czynnika wewnętrznego *(„intrinsic factor")*, jak w niedokrwistości złośliwej lub 2) wskutek braku czynnika zewnętrznego, witaminowego (pewne postacie niedokrwistości hiperchromowej, megalocytarnej na tle niedoboru witaminowego).

Wszystkie dane doświadczalne i kliniczne zdają się przemawiać za tym, że zewnętrzny czynnik przeciwanemiczny witaminowej natury należy do kompleksu witamin B_2.

Witaminowy czynnik przeciwanemiczny jest w wodzie rozpuszczalny i bardzo odporny na działanie wysokiej ciepłoty. Pod względem chemicznym jest on jednakże zupełnie jeszcze niezbadany. Nie wiadomo też jakie jest dzienne zapotrzebowanie tej witaminy u człowieka.

Dla wykazania witaminowego czynnika przeciwanemicznego używa się sprawdzianu retikulocytowego na morskich świnkach. Lecz, jak to wszyscy autorowie zgodnie podkreślają (Stepp, Kühnau i Schröder, Seyderhelm i Grebe i inni), sprawdzian ten na zwierzętach jest bardzo małej wartości ze względu na jego nieswoistość. Wzrost ilości retikulocytów otrzymuje się bowiem nawet po zastrzyku kilku cm^3 fizjologicznego roztworu soli kuchennej (Seyderhelm i Grebe), cóż zaś mówić o zastrzykach soku żołądkowego wywołującego silny ból i zawierającego rozmaite chemiczne składniki i bakterie, w następstwie czego wytwarzają się nieraz ropnie w miejscu zastrzyku, co stanowi naturalnie potężny bodziec do wzrostu ilości retikulocytów.

Witaminowy czynnik przeciwanemiczny występuje najobficiej w drożdżach, w mięśniach i w wątrobie (niezależnie od gotowego czynnika Castle'a przeciw niedokrwistości złośliwej) dalej w białku jaj, w wyciągach słodowych, kiełkującym zbożu itd. W handlu znajdujące się wyciągi wątrobowe używane przy leczeniu niedokrwistości złośliwej, zawierają również ten czynnik, chociaż mniej, niż w świeżej wątrobie.

Oprócz wyżej opisanych czynników znajdują się jeszcze w kompleksie witamin B_2 prawdopodobnie 2 inne czynniki. Jest to 1) czynnik potrzebny do prawidłowej czynności przewodu pokarmowego. Brak jego wywołuje nieżyty przewodu pokarmowego wraz z rozwolnieniami o stolcach obfitujących w tłuszcze oraz stany zapalne na błonie śluzowej jamy ustnej. Prawdopodobnie jest to czynnik, którego brak wywołuje chorobę *sprue*.

2) Czynnik witaminowy zapobiegający zaćmie (czynnik przeciwkataraktalny). Brak jego wywołuje u szczurów zmętnienie soczewki i zapalenie rogówki nie cofające się po podaniu witaminy A. Prawdopodobnie gra ten czynnik również pewną rolę w patologii ludzkiej. Występuje w surowym białku jaja oraz w wątrobie. Pewne dane doświadczalne zdają się przemawiać za istnieniem jeszcze dalszych czynników w witaminie B. Jednakże dotychczasowe wiadomości o nich są na razie bardzo niejasne. Niektórzy odróżniają osobno jeszcze witaminę B_7 (jako witaminę J), brak której ma wywoływać uszkodzenie przewodu pokarmowego.

Kompleks witamin B_2 jako całość wzięta wywołuje następujące kliniczne objawy: 1) zaburzenia żołądkowo-jelitowe, 2) zmiany na skórze, 3) zmiany na błonach śluzowych jamy ustnej i języka, 4) megalocytarną nadbarwliwą niedokrwistość, 5) objawy nerwowe. Istnieje prawdopodobnie pewien związek kompleksu witamin B_2 z niedokrwistością powstającą w następstwie spożywania mleka koziego u dzieci oraz z innym schorzeniem u dzieci mianowicie z jelitowym infantylizmem Heubner-Hertesa *(coeliakie* niem. autorów, *coeliac disease* ang. autorów). Stoso-

wano poza tym kompleks witamin B_2 przy trądzie, akrodynii, agranulocytozie, zapaleniu rogówki i zapaleniu *n. opticus* oraz przy zatruciu solami ciężkich metali.

Witamina E (rozpłodowa).

Witamina E została po raz pierwszy opisana przez Sure'a i Ewans'a w roku 1923. Ta witamina nazwana też rozpłodową służy do utrzymywania prawidłowej czynności gruczołów płciowych. Pszczoła rozwija się w królowę jeśli otrzymuje pożywienie zawierające obficie witaminę E.

Witamina ta jest oleistym płynem rozpuszczalnym w alkoholu i eterze i cechuje się dużą odpornością na działanie wysokiej ciepłoty. Jest to prawdopodobnie policykliczny alkohol. Prawdopodobna formułka chemiczna jest $C_{29}H_{50}O_2$ (Ewans, O. H. Emmerson i G. A. Emmerson).

Najwięcej znajduje się jej w kiełkującej pszenicy, dalej w orzechach ziemnych, łożysku, przednim płacie przysadki mózgowej itd. W handlu znajduje się jako „Fertikol" angielski, „Fertilan" duński i „Vit. E Promonta".

Według najnowszych badań składa się ta witamina z dwóch czynników, jeden wpływający na organizm męski, drugi natomiast na żeński.

Brak witaminy E wywołuje u szczurów (samców) już dość wcześnie nieodwracalne histologiczne zmiany w jądrach, zwyrodnienie plemników lub azoospermię, natomiast u samic oprócz zwiększenia ilości bazofilnych komórek w przysadce mózgowej, awitaminoza E wywołuje zaburzenie w przebiegu ciąży albo niepłodność.

Jeśli chodzi o kliniczne znaczenie witaminy E w patologii ludzkiej, to stosowano ją z mniejszym lub większym skutkiem w rozmaitych zaburzeniach i schorzeniach sfery płciowej.

Juhász-Schäfer stosował z pewnym skutkiem wyciągi z witaminą E. w przypadkach azoospermii, niepłodności i niemocy płciowej u mężczyzn a u kobiet w przypadkach słabego tworzenia pokarmu i późnym wystąpieniu pierwszego miesiączkowania. Nie znalazł natomiast żadnej poprawy w przypadkach zaburzeń miesiączkowych. Stosunkowo najlepsze wyniki osiągnięto przy leczeniu niektórych postaci niepłodności u kobiet, oraz przy zapobieganiu i leczeniu poronień nawykowych (Vogt Moller).

Również Gierhake stosował witaminę E u chorych ze skłonnością do poronień oraz ogólnie we wszystkich tych przypadkach zaburzeń sfery płciowej, w których istniało podejrzenie na pokarmowe przyczyny tych zaburzeń w postaci niedożywień lub też nieodpowiedniego żywienia się.

Shute podaje, że u kobiet samoistnie roniących lub też wykazujących grożące poronienie, surowica zawiera pewne ciało, które zapobiega proteolizie przez roztwory trypsyny. Po podaniu witaminy E u kobiet z grożącym poronieniem znika to ciało ze krwi i objawy grożącego poronienia ustępują. Autor ten jest zdania, że witamina E i oestryna znajdują się w stosunku pewnej równowagi do siebie. We krwi normalnych ciężarnych kobiet daje się wykazać witaminę E (Roberto).

Istnieje ścisły związek między witaminą E a przysadką mózgową. Rowlands i Singer wykazali, że brak witaminy E wywołuje wyraźne obniżenie czynności przedniej części przysadki mózgowej. Stein nie znalazł jednakże wyraźniejszego wpływu na wagę przysadki u zwierząt pozbawionych witaminy E.

Witamina E wpływa na płodność i na cielesne właściwości młodych w doświadczeniach na królikach (Schioppa). Repetti wykazał, że witamina E wywołuje niekorzystny wpływ na przebieg gruźlicy u zwierząt doświadczalnych. Potwierdza on przez to znany fakt, że kastracja wywiera pomyślny skutek na przebieg gruźlicy.

Nie wiadomo jeszcze jakie jest dzienne zapotrzebowanie tej witaminy u ludzi oraz czy w ogóle witamina E jest koniecznie potrzebna do życia u ludzi.

Witamina H.

Witamina H nazwana też inaczej „czynnikiem skórnym" *(Hautfaktor)* została po raz pierwszy opisana w roku 1927 (Boas). Jednakże dopiero badania Szent-Györgyi'ego (1931 r.) wykazały niezbędność tego czynnika dla ludzi a szczególnie dla dzieci.

Witamina H jest niezbędnym czynnikiem dla prawidłowej przemiany tłuszczów i pewnych białek. Nie jest ona rozpuszczalna ani w alkoholu ani w wodzie oraz nie rozkłada się pod wpływem wysokiej ciepłoty. Prawdopodobnie czynnik ten jest związany organicznie z niektórymi białkami. Nie udało się jeszcze otrzymać chemicznie czystej witaminy H. Jednakże wytwarza się już preparaty o dość znacznej koncentracji witaminy H.

Witamina H występuje w największej ilości w wątrobie, dalej w nerkach, drożdżach, mleku, surowicy krwi, żółtku jaj oraz niektórych jarzynach, jak szpinaku itd. Znajdujące się w handlu zwykłe preparaty wątrobowe (przeciw niedokrwistości złośliwej) nie zawierają tej witaminy.

Witamina H jest magazynowana w wątrobie i w nerkach. Brak jest natomiast tego „czynnika skórnego" w samej skórze. Nowo narodzone dzieci nie posiadają żadnych zapasów tej witaminy (Moro).

Nieżyty przewodu pokarmowego upośledzają wchłanianie tej witaminy przyczyniając się w ten sposób do łatwiejszego powstawania zmian w skórze.

Awitaminoza H pociąga za sobą cały zespół zmian określonych jako *status seborrhoicus*. Łojotok *(seborrhoe)* jest zasadniczym objawem awitaminozy H. Według Moro'a, stwierdzona większa przepuszczalność na białko ścian jelit w pierwszych 3 miesiącach życia u niemowląt jest czynnikiem sprzyjającym powstawaniu *status seborrhoicus*. Zmiany skóry wywołane awitaminozą mogą być jeszcze pogorszone przez nadmierne dostarczanie tłuszczów i białka.

Jeśli chodzi o wskazania lecznicze witaminy H, to stosuje się ją przede wszystkim przy *seborrhoe* w ogóle a w *status seborrhoicus* u dzieci w szczególności, dalej przy wypadaniu włosów na tle łojotoku.

Stosowano poza tym tę witaminę w niektórych innych pokrewnych schorzeniach skórnych, jak *dermatitis seborrhoides* i *erythematosa*, *erythrodermia desquamativa* typu Leinera, *psoriasis*, *alopecia areata* i alergicznym wyprysku. Działanie lecznicze drożdży przy *acne* i *furunculosis* ma polegać na zawartości witaminy H.

Leczniczo należy podawać u niemowląt według Györgyi'ego 25—30 g gotowanej wątroby świńskiej lub wołowej. U starszych natomiast oprócz codziennych zastrzyków witaminy H (istnieje stężona witamina H w ampułkach) podaje się 1—2 razy tygodniowo 250 g wątroby lub nerki, poza tym dużo jarzyn i mleka, natomiast mało tłuszczów i białek.

Witamina P.

Ostatnio Szent-Györgyi wraz z współpracownikami odkrył nową witaminę w soku cytrynowym występującą niezależnie od witaminy C.

Zauważył bowiem w badaniach klinicznych na chorych, że wysoko stężone preparaty witaminowe z papryki lub soku cytrynowego (Sebastienelli) działają pomyślnie na wybroczyny skórne w przypadkach skaz krwotocznych. Natomiast brak jest tego działania przy stosowaniu czystej witaminy C czyli kwasu askorbinowego (Armentano).

Spostrzeżenie to zostało potwierdzone również w moich badaniach u chorych ze skazą krwotoczną (Nowiny Lekarskie. Nr 17. 1936), gdzie stosowanie dożylne i doustne nawet bardzo dużych ilości witaminy C nie wywierało żadnego wpływu na poziom trombocytów i występowanie wybroczyn w przypadkach skaz krwotocznych.

Szent-Györgyi przypuszczał więc istnienie jeszcze innego czynnika uzupełniającego, występującego w świecie roślinnym niezależnie od witaminy C. Istotnie udało mu się wyodrębnić ze soku cytrynowego pewne ciało, zapobiegające krwawieniom skórnym wskutek swoistego działania na przepuszczalność *(Permeabilität)* naczyń włosowatych.

Ciało to nazwał witaminą P *(Permeabilitätsvitamin)* lub „cytryną" *(Citrin)* ze względu na wyodrębnienie jej z soku cytrynowego. Z 70 litrów soku cytrynowego udało się wydobyć 2 gramy witaminy P i określić mniej więcej jej sumaryczny wzór chemiczny. Z punktu widzenia chemicznego należy to ciało do grupy flawonowej.

Badania kliniczne wykonane tym preparatem (w zastrzykach dożylnych) wykazało dobre działanie tego ciała w przypadkach skaz krwotocznych połączonych ze zwiększoną przepuszczalnością ścian naczyń włosowatych.

Do badania oporności naczyń włosowatych używał Szent-Györgyi oraz jego współpracownicy specjalnego sprawdzianu według Borbely'ego, polegającego na wywoływaniu wybroczyn w dole nadobojczykowym za pomocą specjalnego urządzenia wywierającego ssące działanie na skórę.

Na ilość trombocytów (określanych metodą Fonio) nie wywiera ta witamina żadnego wpływu.

Nie znamy jeszcze jakie jest dzienne zapotrzebowanie tej witaminy u człowieka oraz jaki jest jej mechanizm działania w ustroju.

Witamina K.

Niezależnie od witaminy P odkrytej przez Szent-Györgyi'ego istnieje jeszcze witamina K wpływająca w doświadczeniu na zwierzętach na krzepliwość krwi. Ten czynnik uzupełniający nazywają inaczej witaminą przeciwkrwotoczną (Kjobenhavn).

Witamina K znajduje się w wątrobie świńskiej, w nasieniu konopi, pomidorach, kapuście oraz niektórych zbożach.

Nie wiemy jeszcze nic o jej właściwościach chemicznych. Jak wykazują badania czynnik ten nie jest ani karotyną ani ksantofilem, ani kwasem ani estrem (Almquist i Stockstad). Tyle tylko wiadomo, że należy do grupy witamin rozpuszczalnych w tłuszczach.

Jako próby do przeprowadzania badań krzepliwości krwi używa się kury. Brak tego czynnika wywołuje u kury krwotoczne wybroczyny.

Witamina C_2.

Już dawniej Bezssonoff przypuszczał istnienie obok właściwej witaminy C jeszcze drugiego czynnika uzupełniającego, brak którego miałby wywoływać zapalne zmiany w płucach u zwierząt doświadczalnych.

Przypuszczenie to zostało w najnowszych czasach udowodnione przez Eulera. Ten bliżej nieznany czynnik zupełnie różny od kwasu askorbinowego nazwano witaminą C_2 lub też inaczej witaminą J.

Czysty kwas askorbinowy zapobiega u świnek morskich tylko w nieznacznym stopniu powstawaniu wyżej wspomnianych zmian w płucach. Natomiast zapobiega im zupełnie sok cytrynowy.

Witamina L.

Najnowsze badania wykazują istnienie czynnika uzupełniającego, od którego zależy normalna laktacja. Czynnik ten nazwano witaminą L (Nakahara, Fumito Inukai i Saburo Ugami).

Ten nowy czynnik uzupełniający wykryto w wątrobie i odgraniczono wyraźnie od kompleksu witamin B_2. Jako sprawdzian służą młode, dziewicze samiczki szczurze.

Przy braku tego czynnika w pożywieniu występuje u zwierząt zatrzymanie laktacji w 2—3 dni po wylęgnięciu młodych. Pożywienie zawierające ten czynnik sprowadza na powrót laktację do normy u samiczek szczurzych.

Czynnik R.

Dotychczas wykazano nieodzowność tego czynnika dla szczurów, u których ma pewien wpływ na rozwój i wagę. Nic nie wiadomo natomiast, czy czynnik ten gra jakąś rolę w patologii ludzkiej. Czynnik ten znajduje się w drożdżach i jest witamina nierozpuszczalną zupełnie oraz odporną na działanie wysokiej ciepłoty oraz kwasów.

Zakończenie.

Jak wynika z zestawienia poglądowego, wiadomości nasze o niektórych nowszych czynnikach uzupełniających są bardzo skąpe.

Co do niektórych witamin to wykazano na razie ich niezbędność dla pewnych zwierząt. Nie wiadomo natomiast, czy odgrywają one tę samą rolę w patologii ludzkiej.

Większość nowszych czynników uzupełniających nie jest znana jeszcze pod względem chemicznym. Być może, że chemicznie czyste witaminy okażą pewne, dzisiaj jeszcze nieznane, działania farmakodynamiczne i że ich kliniczne zastosowanie przekroczy znacznie wąski zakres danej awitaminozy podobnie, jak to się ma z witaminą C. Jednakże dalsze badania wyświetlą nam dopiero rolę i znaczenie tych nowych czynników uzupełniających oraz mechanizm ich działania.

Piśmiennictwo:

1) Armentano L., Bentsáth A., Béres T., Rusznyák St. i Szent-Györgyi A.: Deutsch. med. Wochschr. Nr 33. Str. 1325. 1936. — 2) Armentano: Zeitschr. exper. Med. I. 97. Str. 630. 1936; Zeitschr. Klin. Med. I. 129. Str. 685. 1936. — 3) Almquist H. J. i Stockstad E. L. R.: Journ. of biol. Chem. T. 111. Str. 105. 1935. — 4) Bomskov Chr.: Methodik der Vitaminforschung. G. Thieme, Leipzig. 1935. — 5) Borbely: Münch. med. Wochschr. Str. 886. 1930. — 6) Brabec Z. B.: Amer. Journ. Cancer. T. 25. Str. 551. 1935. — 7) Bredereck H.: Vitamine und Hormone und ihre technische Darstellung. S. Hirzel. Leipzig, 1936. — 8) Chick i Copping: Biochem. Journ. T. 24. Str. 1764. 1930. — 9) Davis H. J. i Norris L. C.: J. Dairy Sci. T. 19. Str. 1. 1936; Ref. Physiol. Berichte. T. 93. Str. 271. 1936. — 10) Evans H. M. Oliver H., Emerson Gladys i A. Emerson: Journ. of biol. Chem. T. 113. Str. 319. 1936. — 11) Gierhake E.: Deutsch. med. Woch. II. Str. 1674. 1935. — 12) Griffith W. H.: Journ. Nutrit. T. 10. Str. 667 i 675. 1935. — 13) Hunt Ch. H., Record F. R. i Bethke R. M.: Journ. agricult. Res. T. 51. Str. 251. 1935. — 14) Kjobenhavn: Einige Untersuchungen über die biologische Wirkung und Standardisierung des antihämorrhagischen Vitamins K (duńsk.). Streszczenie ang. Arnold Busck. Str. 140. 1936. — 15) Lepkovsky S. i Jukes Th. H.: Journ. of. biol. Chem. T. 111. Str. 119. 1935. — 16) Moncorps: Med. Klin. II. Str. 1517. 1935. — 17) Nakahara W., Fumito, Inukai i Saburo, Ugami: Proc. imp. Acad. (Tokyo) T. 11. Str. 362. 1935; Ref.: Physiol. Berichte. T. 94. Str. 627. 1936. — 18) Repetti M.: Ann. Obstr. T. 57. Str. 1489 (1935 (włosk). — 19) Roberto S.: Riv. ital. Ginec. T. 18. Str. 105. 1935; Ref.: Physiol. Ber. T. 92. Str. 78. 1936. — 20) Rowlands I. W. i Singer E.: Journ. of. Physiol. T. 86. Str. 323. 1936. — 21) Saphir W.: Endocrinology. T. 20. Str. 107. 1936. — 22) Schioppa L.: Ann. Igiene. T. 45. Str. 478. 1935 (włosk.); Ref. Physiol. Ber. T. 92. Str. 262. 1936; Ann. Igiene. T. 45. Str. 805. 1935; Ref.: Physiol. Ber. T. 94. Str. 235. 1936. — 23) Sebastienelli: Boll. Acad. Lancis. Roma. 8, Str. 229. 1935. — 24) Seyderhelm R. i Grebe H.: Vitamine und Blut. Joh. Ambr. Leipzig. 1935. — 25) Schute E.: Journ. Obstetr. T. 43. Str. 74. 1936. — 26) Stein S. I.: Journ. Nutrit. T. 9. Str. 611. 1935. — 27) Stepp W.: Münch. med. Woch. Nr 28. 1936. — 28) Stepp, Kühnau i Schroeder: Die Vitamine und ihre klinische Anwendung. Ferd. Enke. Stuttgart. 1936. — 29) Sure, Kik i Smith: Proc. soc. esper. Biol. a. Med. T. 28. Str. 489. 1931. — 30) Tomaszewski W.: Nowiny Lekarskie. Nr 17. 1936.

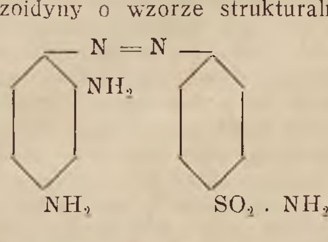
Pułkownik dr Teofil KUCHARSKI. Poznań.
Docent Uniwersytetu Poznańskiego.

Lecznicze działanie związków chemicznych zawierających grupę p-aminobenzenosulfamidową.

I. Prontosil.

Praca wykonana w Szpitalu Wojskowym w Poznaniu.

W roku 1932 udało się dwom chemikom niemieckim nazwiskiem Mietsch i Klarer dokonanie syntezy związku aromatycznego dwuazowego — 4-sulfamido-2-4-dwuaminoazobenzenu lub sulfamidu chryzoidyny o wzorze strukturalnym:



Związek ten okazał się bardzo skutecznym lekiem w wykonanych przez Domagka na zwierzętach doświadczalnych zakażeniach paciorkowcami, mniej skutecznym w zakażeniach gronkowcami i pneumokokami, bez wpływu w zakażeniach innymi bakteriami. Po pierwszej pracy Domagka z roku 1935 ukazało się szereg prac niemieckich, francuskich i angielskich, które zasadniczo potwierdziły spostrzeżenia Domagka. Mogę stwierdzić, że i wyniki mych prób upoważniają mnie z pewnymi zastrzeżeniami do przyłączenia się do tych głosów. W ten sposób do środków chemoterapeutycznych w ścisłym słowa znaczeniu jak chinina, emetyna, plazmochina, atebryna, germanina, salwarsan, pochodne salwarsanu i in. przybywa nowy środek chemoterapeutyczny, szczególnie cenny właśnie ze względu na częstość chorób wywołanych paciorkowcem i gronkowcem, jako też z tego względu, że jest to pierwszy środek chemoterapeutyczny działający skutecznie na zakażenia bakteryjne. Odkrycie Mietscha, Klarera i Domagka nie było dziełem ani przypadku ani szczególnej intuicji, lecz wynikiem celowo przeprowadzonych i żmudnych kilkuletnich badań.

Poszukiwania środków chemoterapeutycznych wiążą się ściśle z odkryciem zarazków, jako przyczyny chorób zakaźnych. Już R. Koch czyni pierwsze w tym kierunku próby, Ehrlich i Shiga stwierdzili lecznicze działanie barwików z grupy dwuazowych barwików benzydynowych, w szczególności czerwieni trypanowej w chorobach myszy wywołanych przez świdrowce, w roku 1909 Ehrlich dokonał syntezy salwarsanu, którego wzór chemiczny jest zbliżony do wzoru prontosilu. Owocem pracy innych autorów jest wprowadzenie do leczenia szeregu środków przeważnie o wielkiej niejednokrotnie wybiórczej sile bakteriobójczej: z grupy barwików akrydynowych trypaflawina, gonakryna, flawicid, homoflawina, septakrol, riwanol, atebryna, z grupy ciał chinolinowych: chinozol, wioform, yatren, plazmochina, cynchonina, z grupy pochodnych dwuhydrokupreiny: optochina, eukupina, wucyna, z grupy barwików anilinowych zieleń brylantowa, fiolet metylowy *(pyoctaninum coeruleum)*, auramina *(pyoctaninum aureum)*, błękit metylenowy, z grupy barwików pirydynowych: pirydyna, neotropina, serenium, z grupy barwików benzydynowych: czerwień i błękit trypanowy i in.

Na wartość bakteriobójczą chryzoidyny zwrócił pierwszy uwagę jeszcze w roku 1913, jak zresztą przyznaje sam Domagk, krakowski bakteriolog Filip Eisenberg. Eisenberg stwierdził, że chryzoidyna w rozcieńczeniu 1 : 1000 hamuje we wzroście bakterie gramoujemne a w rozcieńczeniu 1 : 10000 gramododatnie. Praca obejmuje niesłychanie skrupulatne i drobiazgowe badania wpływu bakteriobójczego różnych barwików i środków odkażających i może stanowić źródło podniet dla dalszych prac chemii terapeutycznej. W 12 wniosku Eisenberg mówi dosłownie: „opisane wybiórcze działanie barwików może być zużytkowane do rozpoznania różniczkowego i do wybiórczej hodowli bakterii a może także do prób chemoterapeutycznych". W roku 1919 amerykańscy uczeni Jacobs i Heidelsberg wytworzyli na drodze syntezy silne bakteriobójcze ciało sulfamido-benzeno-azo-hydrokupreinę, nie badali jednak jego działania w zakażeniach. W roku 1908 Gelmo otrzymał drogą syntezy paraaminobenzenosulfamid a w roku 1909 Hörlein podobny związek używany w farbiarstwie tkackim. Ten krótki przegląd rozległych prób syntezy czy wykrycia środków chemoterapeutycznych oraz wysiłków na razie inne cele i zadania mających na oku, daje pogląd na ogrom wykonanej pracy, w której i polski uczony ma swój niepośledni udział i której ukoronowaniem są prace Mietscha, Klarera i Domagka.

Niektóre z tych środków, jak atebryna, plazmochina, yatren, błękit trypanowy znalazły zastosowanie w lecznictwie chorób ludzi i zwierząt, wywołanych przez pierwotniaki, inne wprowadzone do lecznictwa u ludzi, jak trypaflawina, septakrol, pirydium, neotropina i in. okazały się przydatne w odkażaniu dróg żółciowych i moczowych. Żaden jednak z tych środków nie nadawał się do zwalczania zakażeń bakteryjnych, tkwiących w samych narządach miąższowych. Doświadczenie z tymi środkami, jako też przykład wzięty z działania salwarsanu, germaniny itp. środków, kazały raczej oczekiwać, że środkami zwalczającymi zakażenia bakteryjne będą środki mające minimalne co najwyżej działanie odkażające *in vitro*.

W tym też kierunku poszły ostatecznie poszukiwania chemików Mitscha i Klarera i patologa Domagka a owocem ich jest prontosil, sulfamid chryzoidyny.

Frontosil jako zasada jest w wodzie nierozpuszczalny, jako dwuchlorowodorek prontosilu jest rozpuszczalny w wodzie ale posiada bardzo przykry smak, dlatego w handlu znajdujący się preparat jest zasadą. Badania farmakologiczne Weese'go i Hecht'a stwierdziły, że prontosil jest ciałem obojętnym dla ustroju zwierzęcego, nie ma wpływu na czynność serca, naczyń krwionośnych, żołądka, jelit, zostaje wydalony z moczem, nie drażni nerek, wstrzyknięty dożylnie nie wywołuje zakrzepów. Dawka najwyższa znoszona bez żadnych szkodliwych skutków przez zwierzęta wynosi dla preparatu doustnie podawanego na 1 kg wagi zwierzęcia dla myszy i królika 0.5 g, dla kota 0.2 g, wyższe dawki wywołują wymioty. Dla tzw. *prontosilum solubile*, który jest dwusiarczanem sodowym 4-sulfonamido-benzenazo-1 oksy-7-acetylamino naftaliny, dawki najwyższe przy podaniu doustnym, podskórnym i domięśniowym wynoszą *pro* 1 kg dla myszy 1 g, dla królików 0.1 g. Dawki śmiertelnej autorzy nie podają.

Celem wypróbowania skuteczności leczniczej prontosilu, zakaźał Domagk myszki dootrzewnowo 0.3 cm³ rozcieńczonej 1 : 1000 24-godzinnej hodowli *streptococcus haemolyticus* — 10-krotną dawką śmiertelną — następnie 2 godziny po zakażeniu i potem codziennie podawał im 1/10—1/50 część *dosis tolerata*. Przeważną część zwierząt udawało się wyratować, gdy kontrolne ginęły w 2—3 dni. Z 12 królików, które otrzymały domięśniowo w udo 0.5 cm³ 24-godzinnej hodowli *streptococcus haemolyticus* padło spośród leczonych prontosilem 2, wyzdrowiało 10, gdy 4 kontrolne króliki padły wszystkie w czasie od 4—6 dni. Również skutecznym okazał się prontosil w leczeniu przewlekłych septycznych schorzeń królików na tle paciorkowców. Mniej pomyślne wyniki otrzymał Domagk w leczeniu zakażeń gronkowcami, najmniej pomyślne w zakażeniach pneumokokami. O względnie pomyślnych wynikach leczenia wspomina Hörlein w leczeniu zakażeń wywołanych przez *pneumococcus mucosus*.

Wyniki Domagka zostały potwierdzone w doświadczalnych pracach autorów francuskich: Fourneau, Tréfouel, Nitti, Bovet, Goissedet, Despois, Gailliot, Mayer, Levaditi i Vaisman. Zwłaszcza praca Levaditi'ego i Vaismana przyczyniła się do stwierdzenia skuteczności leczniczej prontosilu w doświadczalnych zakażeniach zwierząt paciorkowcami. Wstrzykując myszom 0.3 cm³ rozcieńczonej 1:1000 hodowli bulionowej paciorkowca hemolitycznego, dawkę powodującą śmierć zwierząt kontrolnych w okresie 20—24 godz., uzyskiwali u zwierząt leczonych prontosilem wyleczenie od 16—75% w różnych doświadczeniach, u reszty zwierząt przedłużenie życia. Autorzy zwracają z naciskiem uwagę na fakt, że wyleczeniu nie podlega 100% zwierząt, ale tylko ułamek tej cyfry; podkreślają ważne spostrzeżenia, że ilość wyleczeń była mniejsza w przypadkach, gdy do doświadczeń użyto szczepów mniej zjadliwych a zależnie od tego ilość wstrzykniętych bakterii potrzebna dla uzyskania dawki śmiertelnej dla zwierząt kontrolnych była większa. Fakt ten stwierdzili przed nimi również Nitti i Bovet, wysuwając nawet w pierwszej swej pracy niezbyt przychylne dla prontosilu wnioski. Levaditi i Vaisman stwierdzili poza tym, że prontosil podawany zwierzętom w 2 dni po zakażeniu był nieskuteczny, natomiast podany zapobiegawczo 1—3 dni przed zakażeniem powodował wyzdrowienie lub przedłużenie życia zwierząt doświadczalnych. Prace Fourneau i jego współpracowników były niesłychanie doniosłe jeszcze z innego punktu widzenia, pozwoliły stwierdzić, że wbrew zdaniu szkoły niemieckiej aktywność preparatu nie zależy od połączenia dwuazowego, rozstrzygającego o barwliwości preparatu, lecz że czynną grupą jest bezbarwny związek paraminobenzenosulfamid, prawy pierścień w naszym wzorze.

Ciało to *per se* jako też związane z różnymi grupami chemicznymi okazało się również czynne w zakażeniach doświadczalnych analogicznych do opisanych. Wspominam o tym na razie, by uzasadnić tytuł mej pracy, do sprawy tej wrócę w dalszym ciągu pracy.

Przechodzę obecnie do omówienia własnych prób leczniczych u chorych naszego szpitala. Zestawienie własnych przypadków, zebrane na I tablicy wykazuje cyfrę 72; na tablicy cyfry pierwsze oznaczają własne przypadki, cyfry drugie obejmują przypadki zebrane w dostępnym mi piśmiennictwie. Przypadki me dotyczą różnych działów klinicznych dzięki współpracy ze mną kolegów Linkego, Wołkowińskiego, Bętkowskiego, Bittnera, Małuja, Fritza, którym na tym miejscu składam podziękowanie. Współpraca ta pozwoliła mi zebrać pokaźną cyfrę przypadków a równocześnie krytyczniej ocenić wyniki lecznicze.

Wartość lecznicza jakiegoś środka może się wyrazić skróceniem czasu trwania choroby, złagodzeniem objawów chorobowych, ratowaniem od grożącej śmierci. Gdybyśmy w każdym przypadku cierpienia na tle zakaźnym znali jadowitość zarazka i siły obronne chorego organizmu, zadanie nasze oceny środka leczniczego byłoby łatwe. Tymczasem tak nie jest prawie w żadnym przypadku choroby. Stąd wynika trudność oceny, którą wzmaga jeszcze zrozumiała chęć lekarza znalezienia wreszcie środka skutecznego. Dlatego wskazana jest duża ostrożność w wyciąganiu wniosków. Ze względu na to, że pewne cierpienia przebiegają bardziej różnorodnie i wykazują u różnych ludzi różne obrazy chorobowe tak co do nasilenia, jak i czasu trwania i przebiegu, inne mają przebieg bardziej monotonny, powtarzający się, muszą być inne kryteria w ocenie leku u każdej z tych grup; dla pierwszej grupy trzeba zebrać więcej przypadków dla oceny, dla drugiej nieraz jeden przypadek wystarcza. Z tymi zastrzeżeniami postaram się oświetlić wartość leczniczą prontosilu w mych przypadkach.

Z 29 przypadków róży leczonych prontosilem posiadam u 21 dokładne spostrzeżenia szpitalne, te 21 przypadki umieszczone są na tablicy II obok 22 przypadków za rok 1935 i 1936 leczonych innymi sposobami — surowicą przeciwpaciorkowcową.

Reszta przypadków róż (8) leczonych skutecznie prontosilem jako przypadki ambulatoryjne nie jest umieszczona w zesta-

Tablica I.

Nazwa jednostki chorob.	Ilość przyp.		Wyleczenie		Poprawa		Bez wpływu		Zgon	
	własne	obce	własne	obce	własne	obce	własne	obce	własne	obce
Erysipelas	29	215	29	210						5
Erysipeloid	1		1							
Angina tonsillaris	6		6							
Scarlatina	5	1	5	1						
Sepsis	7	96	2	79					5	17
Sepsis puerper.		111		104						7
Endocarditis lenta		10								10
Polyarthr. rheum.	2		1				1			
Otitis media acuta	1				1					
Otitis med. et mastoiditis acuta	1		1							
Pansinuitis nasalis acuta	1				1					
Phlegm., abscessus	2	31		31	2					
Furunculosis	3		3							
Pyuria infantum		75		66		3		6		
Pyelitis adult. spl.	1	3	1	3						
Pyelitis gravidarum	5		4		1					
Pleuritis streptoc.	2						2			
Pleuritis pur. tbc.	1		1							
Encephalitis letharg.	1								1	
Meningitis cerebro spinalis epid.	3		1						2	
Osteomyelitis ac.	1						1			
Razem:	72	542	54	494	5	3	4	6	8	39
Razem własne i obce	614		549		8		10		47	

Tablica II.

Czas trwania gorączki u chorych na różę leczonych w latach 1934 i 1935.

Dni	2	3	4	5	6	7	Razem	8	9	Razem	10	12	13	22	34	Razem
Leczenie zwykłymi sposobami (surowicą)	0	2	1	1	4	1	9 (41%)	3	4	16 (76%)	2	1	1	1	1	22
Leczenie prontosilem	1	6	1	6	1	1	16 (76%)	3	2	21 (100%)						21
Razem	1	8	2	7	5	2	25	6	6	37	2	1	1	1	1	43

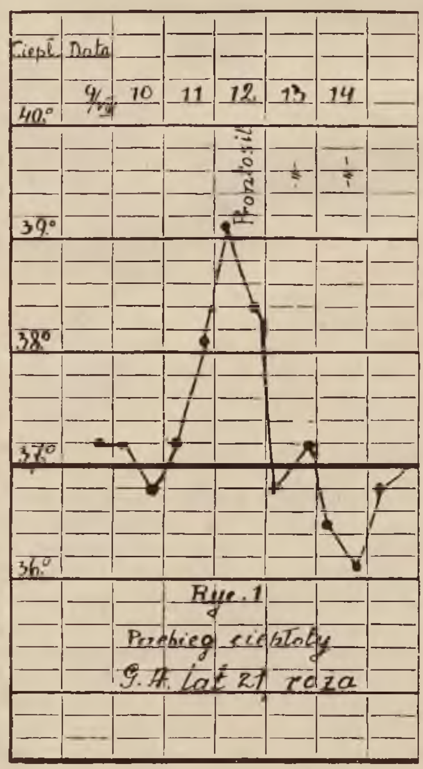
wieniu. Z zestawienia widać, że czas trwania gorączki u leczonych prontosilem jest wyraźnie skrócony w porównaniu z leczonymi innymi sposobami, w 76% przypadków leczonych prontosilem gorączka spadła w przeciągu tygodnia, w 100% do 9 dni, gdy u leczonych inaczej w tych okresach czasu tylko 41% i 76% wykazał powrót do normy. Równocześnie ze spadkiem ciepłoty zaczyna wyraźnie ustępować obrzęk i zaczerwienienie, które przestają się rozszerzać jeszcze przed spadkiem ciepłoty. Z tablicy widać, że u leczonych prontosilem spadek ciepłoty najczęściej (66%) występuje do 5 dni choroby. Zaznaczam, że w tablicy uwzględniony jest czas trwania choroby a nie dni leczenia, że nasi chorzy przybywali do szpitala najczęściej pierwszego lub drugiego dnia choroby. Widoczny jest więc wpływ prontosilu skracający czas trwania choroby. Poza tym muszę dodać, że u chorych leczonych surowicą, pominąwszy chorobę posurowiczą stwierdzoną w 5 przypadkach (23%), zauważono w 5 przypadkach (23%) powikłania (2 razy zapalenie nerek, 2 razy zropienie gruczołów podszczękowych, 1 raz ograniczony ropień skóry w okolicy oka), gdy u leczonych prontosilem ani razu nie stwierdzało się żadnych powikłań. Chorzy leczeni prontosilem przechodzili różę łagodniej, niż leczeni innym sposobem, czas zdrowienia i pobytu w szpitalu był u nich krótszy. Wniosek stąd, że prontosil jest skutecznym lekiem na różę.

Dla ilustracji podam wyciąg z historii choroby szeregowca G. A., lat 21, leczonego prontosilem z powodu róży przyrannej; róża przyranna ma w ogóle przebieg mniej pomyślny niż róża o źródle zakażenia wygojonym, jak np. przeważnie róże twarzy.

Szereg. G. A., lat 21, leczony na Oddz. Chirurg. od 1. VII. 1936 z powodu ropowicy pod mięśniem piersiowym prawym przy pomocy odciągania ropy strzykawką Rekorda i płukania 3% roztworem sody, ciepłota od 9. VII. podgorączkowa, 37.2°. Dnia 11 podwyższenie ciepłoty wieczorem do 38,1°, rano dnia 12 do 39.1°, stwierdza się różę w okolicy pachy prawej, przechodzącą na przednią i tylną stronę klatki piersiowej.

Dnia 12 podano 3 razy dziennie po 2 tabl. prontosilu i 1 raz domięśniowo *prontosil sol.*, dnia 13 ciepłota 36.7—37.2°, miejscowo stwierdza się zahamowanie szerzenia się róży, podano 6 tabl. prontosilu tego i następnego dnia, a już dnia 15 zaczerwienienie całkowicie zbladło, ciepłota prawidłowa.

Erysipeloid. Rozporządzam tylko 1 przypadkiem, ambulatoryjnie leczonym; przytaczam jednak w skróceniu historię choroby ze względu na widoczny wpływ prontosilu skracający czas trwania choroby; przeciętnie czas leczenia wynosi około trzech tygodni; przytaczam też z tego względu, że wchodzi w grę inny zarazek, jak paciorkowiec.



Podoficer W. N., w st. sp., który pracuje obecnie jako rzeźnik, ukłuł się przy pracy zawodowej w prawy palec wskazujący. W kilka dni potem zjawiło się zaczerwienienie palca, które po trzech dniach posunęło się na grzbiet ręki do połowy II kości

śródręcza. Zalecono ciepłe kąpiele i szarą maść. Po 5 dniach zaczerwienienie znikło na palcu, ale na grzbiecie ręki posunęło się dalej, zalecono 3 razy dziennie po 2 tabl. prontosilu. Po 2 dniach zaczerwienienie zbladło, a po dalszych 2 dniach ustąpiło.

Angina tonsillaris. We wszystkich 6 przypadkach (z tego 2 przypadki ropni okołomigdałkowych, leczonych chirurgicznie), stwierdziło się po podaniu prontosilu szybkie ustępowanie dolegliwości podmiotowych i przedmiotowych. Ze względu jednak na to, że nie były to przypadki szczególnie ciężkie i że takie przypadki wykazują bardzo często taki sam szybki przebieg bez stosowania prontosilu, nie stanowią one dostatecznie przekonywującego dowodu skuteczności prontosilu.

Scarlatina. Zestawienie obejmuje 5 przypadków: 4 przypadki dotyczyły 21-letnich szeregowców i odznaczały się przebiegiem lekkim, jednak leczone były prontosilem od początku choroby; jeden ciężki przypadek dotyczył lekarki lat 32, leczony był prontosilem dopiero od 3 dnia choroby. Okres trwania gorączki w przypadkach lekkich był u jednego szeregowca 3 dni, u 2 — 4 dni, u innego 9 dni, nie różnił się od okresu gorączkowego innych naszych chorych leczonych innym sposobem w latach 1935 i 1936. U żadnego z nich nie wystąpiły powikłania. Przypadki te nie pozwalają wysnuć żadnych wniosków o wartości prontosilu. Natomiast przebieg choroby piątego przypadku pozwala wysnuć wniosek o korzystnym działaniu prontosilu w płonicy.

H. Z., lat 32, dnia 20. XII. wieczorem ból gardła, dnia 21-go wysypka płonicza, bolesny obrzęk gruczołów podszczękowych, ciepłota rano 37.3°, wieczorem 39.2°, dnia 22 na twarzy i tułowiu zjawiają się liczne drobne krostki wypełnione ropną treścią, w tym dniu po raz pierwszy otrzymuje chora 3 razy po 2 pastylki prontosilu, 5 cm³ *prontosil. sol.* domięśniowo. Samopoczucie złe, niepokój, bezsenność. Następne dni podmiotowo bez wyraźnych zmian, gorączka okazuje skłonność do spadku, dawki prontosilu takie same. Dnia 27. XII. samopoczucie znacznie lepsze, wraca sen; podawano odtąd aż do 30. XII. tylko 3 pastylki dziennie, gorączka spada litycznie, dnia 31. XII. chora bez gorączki. Przebieg zdrowienia wykazuje po 10 dniach wystąpienie zapalenia zatoki czołowej. Przyczynę upatruję w za wczesnym odstawieniu prontosilu.

Przypadek niewątpliwie ciężki; wprawdzie posiew strupków powstałych z krostek na skórze, wykonany dnia 27. XII. dał w wyniku gronkowca białego, jednak porównując z podobnym przypadkiem, przedstawionym w roku 1930 przez B. K u c h a r s k ą w Pozn. Tow. Pediatr., w którym z krostek wyhodowano czysty szczep paciorkowca hemolitycznego, trzeba i w tym wypadku sądzić o rozsianiu się paciorkowca drogą krwi. Szczęśliwe zejście płonicy ciężkiej w ciągu 11 dni, obniżenie się gorączki na drugi dzień po podaniu prontosilu i dalszy szybki lityczny spadek ciepłoty pozwalają sądzić o skutecznym i korzystnym wpływie prontosilu na przebieg choroby.

Sepsis. Z 7 przypadków leczonych prontosilem zmarło 5, wyzdrowiało 2 chorych. Wyleczone przyp. należały do średnio ciężkich tak, że ich wyleczenia nie można z całą pewnością przypisać podawaniu prontosilu. W 4 przypadkach, które się skończyły śmiercią, ilość podanego prontosilu była, jak dziś sądzę, za mała albo prontosil był podany za późno. W piątym przypadku śmiertelnym podawano 6 tabletek prontosilu i 1—2 razy po 5 cm³ *pront. sol.* domięśniowo, chory zmarł w piątym dniu pobytu w szpitalu. Rzecz godna podkreślenia, u chorego wystąpiła dnia trzeciego i czwartego wyraźna poprawa podmiotowa i przedmiotowa, obniżenie się gorączki do stanów podgorączkowych; dnia piątego podniosła się ciepłota do 39.8°. Stan ogólny się pogorszył, chory zmarł. Z 7 przypadków tylko ten ostatni dowodzi braku wpływu prontosilu na przebieg choroby.

Polyarthritis rheumatica acuta. W jednym przypadku wynik leczenia prontosilem pomyślny, w drugim ujemny, wynik ten nie zachęcał do dalszych prób.

Otitis media acuta. Jeden przypadek dotyczył dziecka w wieku 1 rok 10 mies.

Dziecko A. G., zachorowało dnia 7. XII. 1936 r. na ostre obustronne zapalenie ucha środkowego, dnia 11, 17 — za każdym razem obustronne przekłucie błony bębenkowej, dziecko mimo to gorączkuje do 40°, dnia 21 trzecie przekłucie błony i zastrzyk 5 cm³ (!) *prontosil. sol.* domięśniowo, powtarzany codziennie aż do 25. XII. Dnia 21, według słów matki „stan dziecka poprawia się z godziny na godzinę". Dnia 22 rano ciepłota 37°, wieczorem 38°, w następne dni niewysokie stany podgorączkowe.

Po trzecim przekłuciu błony wyszła z lewego ucha tylko kropla ropy, dnia 24 z obydwu uszu znaczny wyciek ropny, dnia 25 tampon z prawego ucha wilgotny, z lewego suchy, dnia 26 oba tampony suche.

W danym przypadku pomyślne zejście choroby należy przypisać działaniu prontosilu, przekłucie błony na razie nie dało wyniku, zjawienie się ropy dnia 24 można tłumaczyć zmniejszeniem się obrzęku błony śluzowej ucha środkowego i błony bębenkowej.

Dok. nast.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Sprawozdanie z kursu w Państwowo-Lekarskiej Akademii w Berlinie (Staatsmedizinische Akademie) (Polityka zdrowotna i dziedziczno-rasowa, higiena i choroby zakaźne, orzecznictwo, organizacja i ustawodawstwo).

Dokończenie.

Cykl wykładów z dziedziny orzecznictwa.

Zaznaczę na wstępie, że dziedzina ta rozwinęła się w Niemczech do ogromnej specjalnej gałęzi wiedzy lekarskiej i istnieje już duże piśmiennictwo fachowe. Jest to następstwem ustawodawstwa ubezpieczeniowego, które uwzględnia rozległą procedurę ubiegania się ubezpieczonego o rentę (może mieć swego obrońcę i rzeczoznawcę lekarskiego i prawo wglądu do aktu i orzeczeń), oraz dużego rozwoju przeróżnych prywatnych ubezpieczeń w związku z odpowiedzialnością cywilną.

Prof. Dr U m b e r — *choroby wewnętrzne.* Zwraca uwagę na różnicę definicji choroby w pojęciu lekarsko-biologicznym i ubezpieczeniowym, gdzie wchodzi czynnik określenia rodzaju i stopnia niezdolności do pracy. Trzeba ustalić związek przyczynowy cierpienia z wykonywanym zawodem lub wypadkiem.

Z jeszcze większymi trudnościami spotkamy się, gdy będziemy mieć do czynienia tylko z pogorszeniem stanu istniejącego.

Konieczna jest znajomość chorób zawodowych i toksykologii; uwzględnić trzeba współdziałanie podłoża oraz usposobienia wrodzonego.

Prof. U m b e r przytacza liczną kazuistykę i na jej podstawie przeprowadza analizę praktyki orzeczniczej. Dłużej zatrzymuje się nad niedocenianym i zaniedbywanym jeszcze *orzecznictwem schorzeń stawowych.*

Wybitna przewlekłość przebiegu, a ogromna częstość występowania każą zagadnieniu temu dużo więcej, jak dotąd, poświęcić uwagi. Przypomina pracę i statystykę Z i m m e r a, z której okazuje się, że w okresie 4-letnim (1923—1926 r.) było w berlińskiej *Allgem. Orts-krankenkasse* 100.900 przypadków przewlekłych schorzeń stawowych, a tylko 20.773 przypadków schorzeń natury gruźliczej.

W schorzeniach stawów gra bez wątpienia najważniejszą rolę czynnik wrodzony, tkwiący w tkankach mezenchymalnego pochodzenia (łączna, chrzęstna, kostna, osierdzie, spojówki, twardówki oczu itd.), które wykazują pewne specjalne powinowactwo do czynnika szkodliwego. To podłoże konstytucyjne należy przede wszystkim zawsze uwzględniać. Na ogromną ilość angin, tylko nieliczne jednostki zareagują powikłaniami ze strony tkanek pochodzenia mezenchymalnego. Do czynników szkodliwych w 80% zaliczyć należy różnorakie zakażenia powodujące schorzenia tzw. *„arthritis infectiosa"* (paciorkowce, ziarenkowce, kiła, rzeżączka, grypa i inne).

Częste występowanie w tych stanach obrzęków gruczołów chłonnych i śledziony świadczy najdobitniej o zakaźnym pochodzeniu. Przy stosowaniu specjalnej techniki laboratoryjnej bardzo często wyhodujemy z krwi na płytkach różne drobnoustroje (A s c h o f f).

Paciorkowce umiejscowione są najczęściej w schorzałych tkankach, a nie we krwi.

Schorzenie może być umiejscowione w jednym lub w wielu stawach, często zajmuje tkankę międzykręgową powodując *spondyloarthritis ankylopoetica* (dawne Bechterewa).

Obraz rentgenologiczny wykazuje zajęcie przestrzeni podchrząstkowych, gdzie następuje proces odwapniania kości. W chorobie Bechterewa występuje charakterystyczna duszność, trudności oddechowe wobec zrostów żeber z kręgami i unieruchomienia stawów.

Dalej zwraca prof. U m b e r uwagę na jednostkę chorobową zwaną *„periarthritis endocrinica"* (Fr. Müller), występującą wyłącznie u kobiet (2—3% ogółu schorzeń stawowych). Proces zaczyna się od małych stawów, które pobolewają głównie rano, po przebudzeniu się; z czasem dołączają się lekkie obrzęki, przychodzi do zajęcia również większych stawów. Sprawa stoi w ścisłym związku z czynnością gruczołów płciowych (zaburzenia w miesiączkowaniu, miejscowe powiększenie się tkanki tłuszczo-

wej). Jeśli z wywiadów wynika, że kobieta nigdy nie chorowała, ani nie gorączkowała, myśleć należy o tej jednostce chorobowej. Czyste postacie są tu bardzo rzadkie, zazwyczaj mieszanie z zakażeniami.

Osteoarthropathia deformans zajmuje przeważnie duże stawy w następstwie uszkodzenia chrząstki (u alkaptonuryków częste, też u osób dnawych).

W orzecznictwie schorzeń stawowych trzeba myśleć przyczynowo, biorąc zawsze za punkt wyjścia patogenezę, przy czym prof. Umber ostrzega przed alergicznym unitaryzmem przy klasyfikowaniu, bo on zupełnie zaciemnia obraz.

Cukrzyca: częste schorzenie, w Berlinie 2‰. Dużą rolę gra tu obciążenie dziedziczne rodzinne. Odróżniać cukrzycę od cukromoczu w następstwie drażnienia *(Reizglykosurie)* wskutek wstrząsu mózgu (urazy), wylewów krwawych do mózgu, ognisk gruźliczych w centrach mózgowych itp.

Prof. Dr Stier — *orzecznictwo psychiatryczne.* Wykłady przeplatane ciętymi, sarkastycznymi dowcipami, spotykają się z dużym aplauzem całego audytorium.

Prof. Stier radzi badanego traktować jako członka społeczności i narodu, którego interes należy stawiać wyżej ponad interes jednostki!

Podstawą orzecznictwa: dobra obserwacja i podpatrywanie, myśleć induktywnie i logicznie, dobrze opisywać to, co się samemu widziało i zbadało. Prof. Stier zaznacza na marginesie, że ustawa sterylizacyjna pozbawiła psychiatrów prywatnej praktyki, teraz zaczynają się zgłaszać, ale już sterylizowani! Często, szczególnie u dzieci trudno jest ustalić pojęcie normy; jeśli się nie musi — nie stawiać rozpoznania.

Zwracać uwagę na *stigmata* konstytucjonalne, obserwować całą rodzinę, wszystkie dzieci. Zazwyczaj upośledzenie psychiczne idzie w parze z cielesnym.

Prof. Dr Peiper — *orzecznictwo chirurgiczne.* Opierać się na tym, co się samemu dokładnie zbadało, nie ulegać sugestii badanego, budować tylko na uznanej wiedzy, a nie na niepewnych domniemaniach. Jeśli się zauważy u badanego jakieś symulacje lub agrawacje, nie dać poznać tego po sobie i nie dopuścić, by badany stracił zaufanie do badającego. Unikać nazwy „symulacja" w orzekaniu, bo naraża się na procesy sądowe o obrazę. Pisać raczej, że „podmiotowe skargi nie są potwierdzone wynikiem badania przedmiotowego"! Rokowanie określać bardzo ostrożnie. Często trudne jest stanowisko lekarza do poprzednich orzeczeń lekarzy, nie zawsze godnych zaufania. Pamiętać, że prawnicy, którzy akt dostaną do ręki, cieszą się często potem z różnicy zdań lekarskich!

Postępować z badanym bardzo delikatnie i grzecznie. Jeśli lekarz bada kobietę, to należy mieć przy tym, o ile możności świadka, kobietę (pielęgniarkę). Wyczerpać możliwie wszystkie metody i środki badania, a w braku ich (na prowincji), napisać, że użyto wszystkich środków badania, jakie miano w danych warunkach do dyspozycji, ale należało by jeszcze takie a takie badanie uzupełnić. Załączać możliwie do orzeczenia diapozytywy oryginalnych zdjęć rentgenowskich.

Przy zesztywnieniach stawów uważać na agrawacje. Dać w razie potrzeby lekkie uśpienie, by spowodować zwiotczenie mięśni. Uzasadniać wszystko ściśle i obszernie, gdyż przychodzi potem *„Gegengutachten"*, które bez dużego wysiłku obala krótkie i niedbałe orzeczenie.

Przy orzekaniu w wypadku, określić czas, miejsce, bardzo dokładnie okoliczności, następnie stronę podmiotową wreszcie przedmiotową. Z orzeczeniem, gdy możliwe, nie spieszyć się, czekać aż upłynie czas jakiś od wypadku, obserwować, potem określać rokowanie. Zwrócić szczególną uwagę, czy cierpienie nie datuje się z czasów przed wypadkiem. Żądać zawsze przedaktów. Pamiętać, że uszkodzony w wypadku sam nie może sobą dysponować bez porozumienia z zakładem ubezpieczeniowym.

Szczególne trudności zachodzą często z ustaleniem związku przyczynowego wypadku z uszkodzeniem; czasem zachodzi tylko pogorszenie stanu już istniejącego. Zwrócić dużą uwagę na cały tok dochodzenia wypadkowego (koleżeńscy świadkowie!).

Najtrudniejsze jest orzekanie przy ustalaniu związku przyczynowego cierpienia z wypadkiem, jaki miał miejsce przed laty. Określa się zwykle tylko prawdopodobieństwo związku przyczynowego, a nie pewnik!

Prof. Dr Bremer — *orzecznictwo neurologiczne.* Pamiętać, że w ubezpieczeniu inwalidzkim pracownik fizyczny ubezpieczony ma prawo wglądu do całego aktu.

Obszernie omawia problem *nerwic urazowych,* które rozpowszechniły się szczególnie w czasie wojny. Spory między wyznawcami teorii organicznej nerwic i teorii psychicznej reakcji. Znaczenie nerwic przecenione! Tło — najczęściej chęć uzyskania renty.

Dr Redeker — ma doskonały cykl wykładów z dziedziny *organizacji walki z gruźlicą.* Omawia całość patogenezy indywidualnej i społecznej, organizację poradni i technikę jej pracy, problem ujęcia materiału chorego, lecznictwa, uodparnianie, akcję urzędów zdrowia.

Prof. Dr Schultz — *choroby zakaźne.* Przestrzega ogromnie przed możliwością zakażeń wewnątrz-szpitalnych u dzieci. Szczególnie koklusz usposabia bardzo do innych zakażeń (odra), uodparniać przeciwko niej surowicą ozdrowieńców podług Degkwitza.

Dzieci chorych na koklusz nie dawać do szpitali, gdyż tu na pewno ulegną innemu zakażeniu.

Prof. Dr Haase — *zwalczanie robactwa.* Zwraca uwagę na plagę karaluchów w Berlinie. Niszczyć gazami tzw. *„808-verfahren;* dalej na plagę mrówek *(Monomorium* i *Irydomyrmex),* które mają gniazda 2—2½ m w głębi ziemi; niszczyć preparatem Rodax D!.

Do odkażania pomieszczeń (szpitale, koszary) doskonały jest kwas pruski; formalina nadaje się do niszczenia tylko tych tworów, które mają błony śluzowe (owady ich nie mają).

Prof. Dr Lehmann — *higiena osiedli.* Grzybek *sphaerotilus natans* ma doskonałą dla siebie pożywkę w odpadkach organicznych z resztek włókien drzewnych, jakie przechodzą do rzek z fabryk błonnika, mączki ziemniaczanej, przetworów mlecznych, cukrowni itp. Grzybek pochłania masowo tlen z wody i w następstwie tego ginie całe życie organiczne, a w tym również ryby!

W odpływach z garbarni znajdują się często zarodniki wąglika, gdyż brak konwencji międzynarodowej, co do obowiązkowego odkażania skór przed ich preparowaniem. Filtrowanie wód odpadkowych nie zapobiega temu.

Prof. Dr Bessau — *zagadnienia zdrowotne wieku dziecięcego.* Nie radzi przeładowywać dzieci krowim mlekiem, u osesków przede wszystkim mleko kobiece, którego nic nie zastąpi, u starszych dzieci dawać raczej mięso, jaja, jarzyny!

Obszernie omawia problem witamin:

Witamina B jest w dużej ilości w czarnym chlebie, polecać go jeść osobnikom ze złymi zębami (poborowi!).

Witaminy C ma mleko kobiece 3—4 razy więcej, jak krowie.

Witamina D — przeciwkrzywicza. W Niemczech 80% kalek w następstwie krzywicy. W klinice prof. B. wypróbowano preparat podobny do Vigantolu, który po jednorazowym podaniu chroni na całe miesiące od krzywicy. Poprawa stanu ogólnego następuje tak szybko, że po 2 dobach już zmienia się obraz rentgenologiczny kości!

Witamina I — zawarta w cytrynie przeciw zapaleniom płuc.

Witamina T — ma pewien związek z trombocytami.

Witamina P — ma pewien związek w skazach krwotocznych, hemofilii.

Problem gruźliczego zakażenia u dzieci: zakażenie następuje zazwyczaj bezpośrednio od osób prątkujących z najbliższego otoczenia dziecka; poddać kontroli wszystkie osoby, szczególnie niebezpieczni są ludzie starzy, uchodzący za zdrowych! Dziecko małe jest, jak świnka morska, wskazuje niejako eksperymentalnie, że ktoś z jego otoczenia prątkuje *(„chronisches Versuchstier").* Pamiętać, że zakażenie dziecka przez dorosłego jest niesłychanie łatwe.

Przy doborze dzieci na kolonie lecznicze robić zawsze *Pirquet'a i Roentgena,* by wybrać najbardziej potrzebujący leczenia materiał.

Nierzadkie są zakażenia bydlęcym typem prątka drogą mleka i produktów mlecznych. W centrum Berlina wobec uporządkowania handlu mlekiem, należy to do rzadkości, na peryferiach jednak spotyka się bardzo często!

Prof. B. opisuje typowy zespół objawów przy pierwotnym zakażeniu gruźliczym u dzieci, zwracając uwagę na specjalną rolę systemu chłonnego. Przepuszcza się często zakażenia jelitowe z zajęciem systemu chłonnego jamy brzusznej.

Gruźlica u dzieci do 8 roku życia jest postacią bardzo rzadką.

Najczęściej spotyka się ją tuż przed okresem rozwoju płciowego i podczas tegoż.

Tu dopiero zaczyna się ujawniać specjalna skłonność dziedziczna.

Rola lekarza w walce z gruźlicą dziecięcą: chronić od zakażenia, usuwać ludzi chorych i źródła zakażenia bydlęcego. Jeśli dziecko uległo zakażeniu gruźlicą, dążyć za wszelką cenę do umiejscowienia sprawy przy zespole pierwotnym i nie dopuścić do uogólnienia sprawy. Gruźlicze zapalenie opon mózgowych, w ogóle dość częste, występuje najczęściej w kwietniu i maju. Niewątpliwie grają tu rolę jakieś wpływy klimatyczne. Dążyć do zwiększenia odporności przez właściwe odżywianie, powietrze,

leczenie tranem (czystym, nie preparowanym!), lampą kwarcową (w zimie).

Tak postępując zapobiegnie się prawie zawsze rozsianiu prosówkowemu.

Dr Frommer — *praca lekarza więziennego*. W stosunkach z więźniami zawsze pamiętać, że ma się do czynienia z elementem degeneratywnym, oszukującym i kłamliwym.

Szczególnie z potwornym materiałem ludzkim ma się do czynienia w więzieniach kobiecych.

Zachować zawsze powagę, spokój i rzeczowość, nie wdawać się w dyskusje i nie poddawać się uczuciu; w wątpliwych sprawach odłożyć decyzję do dnia następnego. Zachować nade wszystko zimną krew przy próbach samouszkodzeń, których celem jest zazwyczaj chęć uzyskania ulg, możliwość ucieczki itp.

W razie stwierdzenia, że wynik chybiony, spada gwałtownie ilość samouszkodzeń (połykanie obcych ciał). Poważniej traktować pogróżki o samobójstwie u karanych po raz pierwszy, nie przejmować się nimi — u recydywistów. Kto chce pozbawić się życia, zazwyczaj nie mówi o tym naprzód. Więźniowie najczęściej wykonują próby z usiłowaniem samobójstwa na 2 minuty przed wejściem dozorcy, wiedząc, że zaraz zostaną uratowani. W wypadku głodówki zaraz izolować pojedynczo, odmówić przechadzek, celem zupełnego odcięcia od otoczenia. Co dzień odwiedzać więźnia, przy czym zaznaczyć, że każdy pokarm podany, który nie zostanie w celi, będzie uważany za zjedzony; zamiast wody podawać mleko. W razie głodzenia się całkowitego przez 6 dni, oddać do lazaretu. W wypadku orzekania o możliwości osadzenia w areszcie nie litować się jakąś małą niedyspozycja, podobnie przy ocenie zdolności do wzięcia udziału w rozprawie. U recydywistów, wszelkiego rodzaju degeneratów, stawia się wniosek na dokonanie sterylizacji, a po jej przeprowadzeniu obserwuje się skutki i donosi do tzw. *„Kriminal-biologische Sammelstelle"*, które posiada już ogromny bezcenny materiał dziedziczno-biologiczny.

Uderza wśród więźniów bardzo duża ilość porażenia postępowego i nie zapominać o badaniu w tym kierunku. Niestety często zapadają wyroki skazujące chorych na to cierpienie, co wyłapuje dopiero lekarz więzienny. W końcu omawia Dr Frommer szczegółowo rolę lekarza więziennego wobec skazanych na śmierć i asystę przy egzekucji. W Niemczech traci się przestępców przez ścięcie toporem, przy czym ciało ułożone jest w ten sposób, by po odcięciu głowy tułów z szyją opadł w dół i krew z tętnic szyjnych spływała do naczynia.

Dr Burgdörfer, dyrektor Urzędu Statystycznego, znany z licznych prac z dziedziny zagadnień ludnościowych.

Zwraca uwagę, że najmniejsza rozrodczość w Europie zanotowana jest specjalnie w Wiedniu, potem w państwach skandynawskich, wreszcie w Niemczech, największa w Rumunii, Jugosławii i Polsce.

Przedstawia tablice pokazujące przyszłość ras germańskich w Europie:

	1810 r.	1910 r.	1930 r.	1960 r.
narodów germańskich	59 mil.	152 mil.	149 mil.	160 mil.
narodów romańskich	63 mil.	108 mil.	121 mil.	133 mil.
narodów słowiańskich	65 mil.	187 mil.	226 mil.	303 mil.

Przedstawia liczne, poglądowe wykresy statystyczne, zestawione bardzo pomysłowo, mające wykazać słabe strony struktury ludnościowej Niemiec i konieczność radykalnych reform, których się podjął narodowy socjalizm. Niemcy są narodem starzejącym się, gdyż zwiększa się stale ilość starych roczników kosztem młodych (stałe zwiększanie się ciężarów ubezpieczeń społecznych!).

W 1840 roku było w Niemczech na 33 mil. ludności 1.3 mil. urodzeń, w 1922 r. nawet 2 mil. urodzeń, w 1933 r. już tylko 975.000 a w r. 1935 znowu 1,250.000 urodzeń. Przy uprawianiu „systemu dwojga dzieci", naród skazany jest za 300 lat na wymarcie.

Każda zdolna do rozrodu Niemka musi mieć zatem 3—4 dzieci.

Główne zadanie polityki ludnościowej: odmłodzić naród.

Obecnie doprowadzono do zahamowania liczby sztucznych poronień, a stosunki były tu takie, że np. w 1932 r. było w *Allgem. Orts-krankenkasse* - Berlin na 5.000 porodów 6.000 poronień!

W ostatnich paru latach jest duża poprawa, ale potrzeba jeszcze zwiększenia przyrostu naturalnego o 15%, by całkowicie kryzys ludnościowy przezwyciężyć i zapewnić trwałe podstawy biologiczne narodowi niemieckiemu. W tym kierunku zmierza również konsekwentnie prowadzona pomoc rodzinom obarczonym większą liczbą dzieci (pomoc materialna na urządzenie, budowę domku, ulgi podatkowe). Powoli wytwarza się odpowiedni nastrój i atmosfera i chęć do żenienia.

Jest obecnie w Niemczech 750.000 rodzin, mających po 4 i więcej dzieci.

Według Dra Burgdörfera najlepszą byłaby taka polityka, by nieżonaci i bezdzietni lub nawet mało dzieci mający, pokrywali część kosztów utrzymania u rodzin obarczonych wieloma dziećmi.

Dr Gerbis, berliński lekarz przemysłowy — *choroby zawodowe*. Przytacza wytyczne polityki społecznej na rynkach pracy w ostatnich kilkudziesięciu latach, uwypuklając na tym tle zdobycze robotnicze z ery ostatnich paru lat. Następnie omawia główne zasady higieny pracy oraz klinikę chorób i zatruć zawodowych wraz z ustawodawstwem.

Dr Scholtze — *zaopatrzenie państwowe i ubezpieczenia państwowe*. Jeszcze w 1933 r. usunięto z wszystkich sądów orzekających lekarzy Żydów, a niedawno *„Reichsärzteführer"* zabronił dopuszczania do praktyki kasowej lekarzy Żydów.

Schottky — *osadnictwo*. O osady rolnicze ubiegać się mogą rolnicy od 25 lat życia żonaci lub przynajmniej zaręczeni. Ubiegający się oraz jego rodzina i służba są dokładnie badani pod względem zdrowia, dziedziczności i rasy i wszystko musi być bez zarzutu; musi posiadać dobre wykształcenie zawodowe, nie być alkoholikiem, karanym, stanowić typ społecznie dodatni. Podanie tak opracowane, zaopatrzone w fotografie wnosi się do urzędu powiatowego przywódcy chłopów *(Kreisbauernführer)*, który obowiązany jest zbadać prawdziwość wszystkich danych i zapoznać się z całą rodziną.

Podanie z opinią przywódcy chłopów idzie do specjalnie stworzonej centrali badań *(Überprüfungszentrale)*, która przeprowadza analizę wszystkich danych, a dysponując materiałem z całego państwa może dawać ogólne wytyczne w całej polityce kolonizacyjnej, a w szczególności w kierunku zaostrzenia wymagań, bądź też ich obniżenia, zależnie od napływu podań.

Całości przyświeca zawsze duch rasowo-dziedziczny, a lekarz urzędowy jest przede wszystkim pomocnym do wcielania go w życie.

Dr Jan Szumski (Warszawa).

BIBLIOGRAFIA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.
Piśmiennictwo polskie.

Nowiny Lekarskie. Z. 6. 1937. Bernhardt R.: Wartość próby naskórkowej w schorzeniach skóry pryszczycowatych. — Bajoński J.: Wyjałowienie kobiety ze stanowiska lekarskiego. — Churg J.: Przypadek utajonego bloku wewnątrzkomorowego. — Kuhn A.: Stillerowska fundacja w Morszynie (dok.). — Trella J.: Dwa przypadki przewlekłego zapalenia trzustki.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr 13. 1937. Płońskier M. i Cyterman-Konowa R.: O rozpoznawaniu nowotworów złośliwych na podstawie odczynu cytolitycznego Ernsta Freunda i Gisy Kaminer. — Emiljanowicz St.: O nakłuciu podpotylicznym. — Lewitter M.: Przyczynki do leczenia operacyjnego pękniętej ciąży pozamacicznej. — Bujwid O.: Powstanie zakładów szczepień przeciwko wściekliźnie w Warszawie i Krakowie. — Kacprzak M.: Podstawy walki z chorobami zakaźnymi.

Klinika Współczesna. Nr 3. 1937. Gantz M.: Klinika początkowych postaci gruźlicy płuc (dok.).

Prasa Lekarska. Nr 4. 1937. Wygowski R.: Praktyczne wskazówki lecznicze w nietypowych przebiegach i niektórych powikłaniach duru brzusznego. — Blassberg M.: Cukier we krwi a cukromocz. — Gougerot H.: Zapobiegawcze leczenie przeciwkiłowe (dok.). — Niewiadomski Fr.: Patogeneza i wczesne rozpoznanie raka.

Wiedza Lekarska. Nr 3. 1937. Zabokrzycki J.: Postępy w badaniu i leczeniu promieniami X.

Młoda Matka. Nr 7. 1937.

Wiadomości Weterynaryjne. Nr 200. 1937.

Przegląd Przemysłu Farmaceutycznego. Z. 1. 1937. Schulc G.: Organopreparaty. — Rawita-Witanowski W.: Witaminy. — Sokołowski T.: Wyposażenie apteczek pierwszej pomocy dla organizacji sportowych i szkolnych.

Chirurgia Narządów Ruchu i Ortopedia Polska. T. IX. Z. IV. 1936. Gruca A.: Dalsze spostrzeżenia i leczenia świeżych złamań szyjki kości udowej zespoleniem podskórnym na podstawie pięcioletniego doświadczenia. — Jurewicz Z.: Kilka uwag o zmianach stawowych u krwawców. — Latinek-Ciążyń-

ska D.: Dwa przypadki nowotworów złośliwych obojczyka. — Kugler A.: Zapobieganie tworzeniu się płaskiej stopy i leczenie tego schorzenia przy pomocy racjonalnego obuwia i wkładek. — Levittoux H.: Przedoperacyjne lokalizowanie ognisk kostnych. — Kuczkowski Fr.: Polska bibliografia ortopedyczna.

Chirurgia Narządów Ruchu i Ortopedia Polska. T. X. Z. I. 1937. Maciejewski A.: Boczne skrzywienie kręgosłupa w świetle teorii i kliniki. — Maciejewski A.: Kilka uwag w sprawie leczenia bocznego skrzywienia kręgosłupa deską redresyjną Schede'go. — Gruca A.: Szyna uniwersalna do leczenia złamań itp. kończyn dolnych. — Dega W.: Ustalenie złamanej kostki przyśrodkowej za pomocą cienkiego przeszczepu kostnego. — Gruca A.: Zastarzałe zwichnięcie biodra ku tyłowi ze złamaniem panewki. — Gruca A. i Skrzypecki A.: Spondylitis typhosa. — Ambros Z.: Gruźlica spojenia łonowego. — Ambros Z.: Pourazowe skostnienie mięśnia zasłonowego zewnętrznego. — Dega W.: Ocena roli urazu w przypadku gruźlicy stawu biodrowego.

Pielęgniarka Polska. Nr 3. 1937.

Therapia Nova. Nr 3. 1937. Krasuski A.: Przyczynki do historii leków pochodzenia roślinnego. — Kon D.: Przyczynek do leczenia stanów neurastenii nabytej. — Boczko A.: O nadczynności tarczycy. — Łuka L.: Znaczenie Rabki w lecznictwie klimatyczno-zdrojowym. — Kaczyński A.: Solec w szeregu polskich i obcych zdrojowisk siarczanych.

OCENY.

Périodes de fécondité et de stérilité chez la femme (Okresowa płodność i niepłodność u kobiety). H. VEGNES et M. ROBEY. Wyd. Masson et Cie. Str. 88.

Autorzy poświęcili powyższą książkę zagadnieniu poruszonemu po raz pierwszy przez Knausa i Ogino. Temat ten ze względu na swoje praktyczne znaczenie był wielokrotnie omawiany i przedyskutowany. W poszczególnych rozdziałach autorzy podają zasady, na których Knaus i Ogino opierali swoje twierdzenia. Są to: 1) jajeczko niezapłodnione szybko obumiera, 2) plemniki pozostające w drogach rodnych kobiety w krótkim czasie tracą zdolność zapładniania, 3) jajeczkowanie odbywa się w pewnym ściśle określonym terminie. Powyższe twierdzenie, jak również wnioski z nich wysnute — znalazły wielu przeciwników. Rozmaite zarzuty stawiane z punktu widzenia anatomów, biologów i klinicystów zostały zebrane w osobny rozdział. Na zakończenie autorzy wypowiadają swoje zapatrywania na powyższą sprawę i wysuwają pewne zastrzeżenia. Prawa Knausa i Ogino nie można zastosować zawsze z całą bezwzględnością w każdym przypadku, należy indywidualizować i pamiętać, że tak, jak wszędzie prawie i tu istnieją wyjątki, dla których wytłumaczenia możemy szukać jedynie w dziedzinie hipotez: pamiętać również należy, że nie posiadamy pewnego kryterium, pozwalającego od razu określać, czy dana kobieta należy do tych „wyjątków".

Książka w ogóle napisana bardzo zajmująco i ze względu na aktualność tematu wzbudza zainteresowanie.

H. Newlińska (Lwów).

Technique chirurgicale bucco-dentaire (Technika chirurgiczna jamy ustnej i zębów). CHOMPRET, DECHAUME et RICHARD. 284 stronic, 174 rycin. 1935. Wydawnictwo Masson et Cie. Cena: 40 fr.

Książka pod tytułem „Technika chirurgiczna jamy ustnej i zębów" stanowi trzeci tom dziewięciotomowego dzieła „Praktyka Stomatologiczna". Każdy tom opracowany przez innych autorów stanowi całość osobną.

Autorowie tej książki Chompret, Dechaume i Richard podali w zwięzłej formie wiadomości potrzebne stomatologowi dla wykonywania zabiegów chirurgicznych jego specjalności.

Treść zawarta na 284 stronicach podzielona jest na następujące rozdziały:

Rozdział I: anatomia, obejmuje anatomię topograficzną twarzy i okolicy, budowę kośćca, unerwienie, unaczynienie krwionośne i limfatyczne. Rozdział II zajmuje opis pokoju ordynacyjnego, jego urządzenie, konserwację materiału ordynacyjnego dentystycznego i chirurgicznego, wyjaławianie narzędzi, przygotowanie do zabiegu operatora, jako też chorego przed, w czasie i po zabiegu operacyjnym. Rozdział III obejmuje dział znieczulania, a więc uśpienie, znieczulenie miejscowe, przez zniesienie przewodnictwa nerwu, przy czym podane są środki znieczulające i technika ich użycia. Rozdział IV traktuje o ekstrakcjach zębów. Po krótkim opisie warunków miejscowych i ogólnych, w jakich nastąpić powinno usuwanie zębów następuje opis techniki ekstrakcyjnej zębów i korzenia wraz z opisem poszczególnych narzędzi. Osobne rozdziały stanowią ekstrakcje zębów mądrości i zębów u dzieci. Rozdział V obejmuje usuwanie zębów zatrzymanych, nadliczbowych, łyżeczkowanie okołoszczytowe, amputację korzeni, replantację zębów, operacje torbieli i schorzeń nowotworowych. Osobno przedstawione są złamania kości szczękowych, stany zapalne pochodzenia zębowego i innego, swoiste (kiła, gruźlica, promienica), martwica na tle chemicznym, radionekrozy.

Dalej następuje rozdział o zapaleniach jamy szczękowej pochodzenia zębowego, leczenie radykalne, instrumentarium, technika operacyjna. W rozdziale VI omówione są stany chorobowe części miękkich, jak ropowice szczękowe, schorzenia języka, podniebienia, dna jamy ustnej, gruczołów ślinowych i dziąseł. Osobny rozdział (VII) poświęcony jest chirurgii wytwórczej, dotyczącej pewnych wad wrodzonych i następstw procesów chorobowych.

Treść książki, obejmująca 284 stron, jest bogata i szeroko ujęta, że niemożliwością jest opisać ją szczegółowo. Przedstawiona jasno i zrozumiale, uzupełniona licznymi rycinami. Wydanie bardzo staranne, cena przystępna.

A. Bardasz-Druckerowa (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologia.

Wyciągi zawierające kortynę. F. A. HARTMAN i W. D. POHLE. Endocrin. 20, 795, 1936.

Autorowie uzyskali kortynę 2 metodami: wyciąg wodny nadający się do wstrzykiwań i glicerynowy do zażywania doustnego. Ocenę wartości obu przetworów przeprowadzali autorowie na kotach, pozbawionych nadnerczy. Używając różnych rozpuszczalników (aceton, benzol, alkohol etylowy, eter etylowy) przekonali się, że najwięcej hormonu można uzyskać przez wyciąganie eterem etylowym i octanem etylowym. Jako jednostkę kocią określają tę ilość hormonu korowego nadnerczy, która jest potrzebna u dorosłych kotów pozbawionych nadnerczy do pozostania w dobrym stanie bez dodatku NaCl. Dodanie NaCl wydatnie zmniejsza zapotrzebowanie kortyny.

Wł. Elmer (Lwów).

Działanie ciał rujotwórczych na przysadkę mózgową, nadnercza i jajniki. E. T. ELLISON i J. C. BURCH. Endocrin. 20, 747, 1936.

W piśmiennictwie panuje wielka rozbieżność w zapatrywaniach na działanie ciał rujotwórczych w szczególności na przysadkę. Autorom chodziło o rozstrzygnięcie, czy działają one hamująco, czy pobudzająco na wspomniane gruczoły. Autorowie wstrzykiwali różne rodzaje ciał rujotwórczych, jak trójhydroestron, dihydroestron, ketohydroestron, będźwinian hydroksyestronu i emmeninę (z łożyska). Wstrzykiwali różne dawki szczurom normalnym i wytrzebionym i pozbawionym przysadki przez 10—25 dni. Po zabiciu zwierząt oznaczali wagę poszczególnych gruczołów i badali je histologicznie. Wszystkie ciała rujotwórcze, zależnie od siły ich działania powodują przerost przysadki, jajników i nadnerczy u normalnych zwierząt. U zwierząt zaś pozbawionych przysadki tego działania nie spostrzegali, z czego wnioskują, że obecność przysadki jest konieczna dla działania estronu na jajniki i nadnercza. Przerost przysadki u wytrzebionych szczurzyc przypisują odpadnięciu hamującego działania estronu. Zanik nadnerczy i tarczycy, jaki występuje w dłuższy czas po wytrzebieniu ustępuje po zastosowaniu estronu.

Wł. Elmer (Lwów).

Nowsze badania ciał chemicznych rakotwórczych. J. BOISSEAU. Presse médicale. 93, 1936.

Badania ostatnich lat pogłębiły nasze wiadomości co do patogenezy raka, aczkolwiek ostatecznego rozwiązania jeszcze nie dały. Oświetlenie tej sprawy z innej strony doprowadziło do wniosków bardzo ważnych. Upadło przede wszystkim twierdzenie, że nie ma podobieństwa między rakiem zwierząt i ludzi. Przeciwnie, stwierdzono to samo biologiczne zachowanie się tych nowotworów u ludzi i zwierząt laboratoryjnych.

Raka można wywołać u zwierząt laboratoryjnych różnymi czynnikami, jak: pewne pasożyty, jady, czynniki fizyczne,

czynniki chemiczne. Autor zajmuje się specjalnie rolą czynników chemicznych, szczególnie smoły i jej pochodnych. Już dawno zauważono, że ludzie, których praca wymagała ciągłego stykania się ze smołą, olejami mineralnymi, olejami łupków, podlegali rakowi skórnemu. Stąd japońscy uczeni Yamagiva i Itchikawa w roku 1915 powzięli myśl wywołania raka smołą z węgla kamiennego i otrzymali raka u myszy i królików. Odtąd datuje się praca i badanie składników czynnych smoły i syntezy ciał rakotwórczych. Wyniki były nadzwyczajne, dokonano bowiem w roku 1931 syntezy pierwszych ciał rakotwórczych, co więcej, odkryto niezbicie powinowactwo chemiczne i fizjologiczne pewnych rakotwórczych ciał do pewnych ciał biologicznie ważnych. Kannaway otrzymał z destylatu węglowodorów ciało rakotwórcze przez zamianę pewnych węglowodorów acyklicznych w cykliczne. Wyosobnienie rakotwórczych węglowodorów ze smoły byłoby niemożliwe, gdyby nie odkrycie pewnej swoistej własności węglowodorów rakotwórczych: w 1930 r. zauważył Hieger, że rakotwórcze smoły i oleje mineralne mają wspólne widmo o trzech smugach ułożonych przy długości fal 400, 418, 440 A. Kannaway i Hieger sądzili nawet, że wzmożeniu własności rakotwórczych tych ciał odpowiada pewne swoiste przesunięcie widma, czego jednakże jeszcze nie stwierdzono. Ci dwaj uczeni w 1930 r. dokonali syntezy pierwszego rakotwórczego ciała, nazwanego 1-2-5-6-dwubenzoantracenem. Odtąd Cook i jego współpracownicy badali chemizm tych ciał, oraz dokonali wielu syntez, wyosobnili też ze smoły wiele policyklicznych węglowodorów o swoistym widmie. Cook stwierdził, że same węglowodory mogą być czynne począwszy od pięciocyklicznych, że zatem własności rakotwórcze są związane z pewnym ułożeniem cyklicznym. Szczególnie rakotwórcze okazały się trzy spośród nich wyosobnione i syntetycznie otrzymane: a) 1-2-benzopyren, bardzo czynny, któremu smoła zawdzięcza swe własności rakotwórcze (Cook i Hieger otrzymali go syntetycznie w r. 1933); b) 5-6-cyklopenteno 1-2-benzoantracen otrzymany syntetycznie przez Cooka w r. 1931, bardziej czynny od poprzedniego; c) 1-2-5-6-dwubenzoantracen, dwa razy mniej czynny od benzopyrenu.

W doświadczeniach stosowano pędzlowanie lub wstrzykiwania roztworów olejnych lub zawiesin. W ostatnich czasach zaczęto stosować wszczepianie kapsułek cholesterolowych zawierających ciało czynne. Nowotwór powstały w ten sposób nie zawsze jest rakiem, lecz mięsakiem, mięsako-tłuszczakiem, włókniako-mięsakiem, nabłoniakiem i in. Daje też często szybkie przerzuty. Na raka doświadczalnego wpływają czynniki zewnętrzne, i tak ciemność opóźnia i hamuje, naświetlanie przyśpiesza rozwój raka. Czułość zwierząt na te czynniki i czułość poszczególnych ich tkanek jest gatunkowo i indywidualnie różna. Przy pewnych dawkach otrzymuje się w 100% raka, przy dawkach mniejszych wchodzą w grę własności indywidualne zwierzęcia. Benzopyren wywołuje odczyny zapalne mniejsze, niż smoła, jest też mniej toksyczny dla układu nerwowego. Rola rozpuszczalnika jest dowiedziona: ta sama bowiem dawka ciała czynnego w roztworze olejnym wywołuje u myszy w 60 na 100 przypadków mięsaka, zaś w roztworze koloidalnym nie daje żadnych wyników.

Sądzono, że tylko pięcioczłonowe, a więc fenantrenowe węglowodory są rakotwórcze, okazało się jednak, że i tetracykliczne mają te własności, choć w mniejszym stopniu.

Japońscy uczeni stwierdzili, że pewne węglowodory aromatyczne stojące blisko aniliny są rakotwórcze. Stosowali oni ortoamidoazotoluol u białych szczurów i stwierdzili przy tym, że działaniem przerywanym wywołuje się nowotwory bardziej złośliwe, dające więcej przerzutów, niż nowotwór wywołany ciągłym działaniem ciała rakotwórczego. Stwierdzili też, że budowa chemiczna odgrywa wielką rolę, albowiem dwa ciała bardzo sobie bliskie chemicznie działają odmiennie: jedno z nich wywołuje nowotwór wątroby, drugie zaś tylko zwyrodnienie komórek wątroby.

Angielscy uczeni zauważyli podobieństwo ciał rakotwórczych do pewnych ciał biologicznych (Cook). W dużej części węglowodorów rakotwórczych znajduje się rdzeń fenantrenowy, który znów stanowi szkielet takich ciał, jak: cholesterol, folikulina, kwasy żółciowe, hormon klaczy, witamina D, pewne jady sercowe (strofantyna, digitoksygenina), pewne alkaloidy roślinne (morfina). Stąd Cook przypuszcza, że normalnie ustrój wytwarza np. z cholesterolu folikulinę, w stanach zaś patologicznych przemiana chemiczna jest spaczona i może powstać substancja rakotwórcza przez wadliwą przemianę cyklu hydroaromatycznego w cykl policykliczny. Na poparcie swej hipotezy przytacza to, że procent cholesterolu we krwi ludzi chorych na raka maleje, zaś tkanki rakowe są bogate w substancje macierzyste oestryny. Cook i inni otrzymali z folikuliny przez jej destylację ciało pochodne sterolu, zaś z kwasów żółciowych otrzymali za pomocą prostych reakcyj chemicznych metylcholantren, który u myszy wywołał nowotwór, a który, co więcej, działa dużo szybciej, niż inne ciała rakotwórcze. Zatem produkt prawidłowej przemiany materii, kwas żółciowy, może być zmieniony w ciało rakotwórcze reakcjami, którymi sam organizm rozporządza. Rakotwórcze ciała i hormony płciowe mają wspólną cechę fizjologiczną, mianowicie wywołują u szczura-samicy ruję. Pierwsze czynniki powstawania nowotworu można by porównać z bujaniem komórek podczas rui. Powiodło się też wywołać u myszy samicy, u której samoistny rak sutka jest wyjątkowy, przerost sutka przez wstrzykiwania wyciągu jajnika, łożyska, lub ciałka żółtego. Hormon mógłby zatem przyspieszać rozwój raka. Są to wszystko jeszcze tylko przypuszczenia, w każdym jednak razie wyosobnienie ze smoły i synteza rakotwórczych węglowodorów, wykrycie ich podobieństwa do hormonów, otrzymanie z hormonów płciowych ciał rakotwórczych, to duży krok na polu badań patogenezy raka, a być może, że rozwiązanie leży w niedalekiej przyszłości. *K. Bogucka* (Kraków).

W sprawie znacznej rozszerzalności płatów płucnych. P. SCROCCA. Ras. Intern. Clin. Ter. Nr 16. 1936.

Autor przedstawia przypadek, w którym z powodu zmian gruźliczych w prawym górnym płacie płuc założono odmę. Mimo zrostu w okolicy górnego płata, udało się płat ten dobrze ucisnąć do objętości małej mandarynki, przy czym wychylenia manometru były stale ujemne. Przy 43-im dopełnianiu odmy zauważono, że igła po przebiciu opłucnej napotkała na miąższ płucny, przy czym ilość powietrza, którą można było wprowadzić była o wiele mniejsza niż zwykle. W 12 dni później wystąpiły podczas dopełniania jeszcze większe trudności tak, że musiano igłę wbić do przestworu międzyżebrowego wyżej położonego. Prześwietlenie wykazało wybitne przesunięcie górnej granicy płata dolnego i środkowego ku górze. W 3 tygodnie później górna granica średniego płata sięgała do pierwszego przestworu międzyżebrowego, a po następnych 3 tygodniach płat dolny i średni wypełniły całkowicie prawą połowę klatki piersiowej, podczas gdy górny płat przylegał ściśle do śródpiersia, tworząc z nim całość. Autor podkreśla szybkość, z jaką wystąpiło rozszerzenie się płata dolnego i środkowego, przy czym musiały działać dwa czynniki:

1) skurczenie się płata górnego chorego skutkiem wessania się nacieku i zbliznowacenia;

2) znacznego stopnia rozszerzalność tkanki płucnej zdrowej, przy czym w grę wchodzą zmiany ciśnienia wewnątrz jamy opłucnowej skutkiem wessania się gazu, jak i zrosty opłucnowe, które przyczyniają się do rozciągnięcia tkanki płucnej. Zdaniem autora, mamy tu do czynienia z rozedmą wyrównawczą płuc.

M. Scheps (Lwów).

Wpływ szczawianu sodowego na poziom cukru we krwi i na poziom wapnia i fosforu w surowicy krwi w przegrzaniu biernym. D. CALTABIANO i C. GREGORIO. Ras. Intern. Clin. Ter. Nr 17. 1936.

Autor przeprowadzał badania na królikach, które przed ogrzaniem otrzymały zastrzyk szczawianu sodowego od 10 do 100 mg na 1 kg wagi ciała. Zwierzęta kontrolne nie otrzymywały zastrzyku przed ogrzaniem. Oznaczenia we krwi były wykonywane przed wstrzyknięciem szczawianu i natychmiast po śmierci zwierzęcia. U zwierząt, które padły skutkiem przegrzania, stwierdzono:

1) poziom cukru we krwi podwyższony, tak u zwierząt nastrzykiwanych szczawianem, jak i u kontrolnych;

2) poziom wapnia w surowicy był zmniejszony w porównaniu z poziomem przed doświadczeniem u zwierząt nastrzykiwanych szczawianem. U kontrolnych poziom wapnia nie ulegał zmianie;

3) poziom potasu w surowicy krwi był wybitnie wzmożony tak u zwierząt kontrolnych, jak u nastrzykiwanych. U tych ostatnich wzrost był daleko silniej zaznaczony;

4) stosunek potasu do wapnia jest wzmożony w porównaniu ze stanem prawidłowym tak u zwierząt kontrolnych, jak u nastrzykiwanych. U traktowanych szczawianem jest jednak bardziej zaznaczony.

Autor stwierdza, że zwierzęta nastrzykiwane szczawianem są mniej oporne na działanie ciepłoty niż nienastrzykiwane. Podczas gdy spadek poziomu wapnia łatwo wytłumaczyć działaniem szczawianu, to wzrost poziomu potasu w surowicy trudniej wytłumaczyć. Należy przyjąć, że w wypadku obniżenia poziomu wapnia występuje wzrost wyrównawczy poziomu potasu w su-

rowicy. Możliwe jest, że skutkiem wysokiej ciepłoty oporność krwinek zawierających znaczny odsetek potasu maleje, skutkiem czego potas z krwinek przechodzi do surowicy. Co się tyczy hiperglikemii, to brak różnic między zwierzętami nastrzykiwanymi a kontrolnymi należy przypisać licznym urządzeniom regulacyjnym ustroju. *M. Scheps* (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Leczenie dietą ketogeniczną zakażeń dróg moczowych przez b. coli. Z. SESTIĆ. Liječnički Vjesnik. Nr 12. 1926.

Zasadą diety ketogennej jest zmniejszenie węglowodanów a zwiększenie tłuszczów. Dochodzi do wytworzenia kwasu beta-oksymasłowego, który zostaje wydzielony przez nerki i działa bakteriobójczo, w odczynie kwaśnym (pH moczu musi być mniejszy niż 5,2). Podaje się więc dietę kwaśną, *ammon. chlor., natr. benz.*, kwas migdałowy. Dieta ketogeniczna może być stosowaną najwyżej 14 dni. Przy *colisepsis* uciec się można do argochromu w postaci klysmy kroplowej (dwa razy dziennie). Zasada tego zabiegu polega na bezpośrednim działaniu bakteriobójczym argochromu na drobnoustroje znajdujące się w drogach limfatycznych miednicy małej. W czasie stosowania diety ketogenicznej należy podawać mało płynów, aby nie zmniejszać stężenia kwasu beta-oksymasłowego i kwasoty moczu [1].

R. L. (Lwów).

O symptomatologii wylęgania odry. B. DRAGISIĆ. Liječnički Vjesnik. Nr 1. 1937.

Autor mówi w swej pracy o objawach poprzedzających jeszcze pojawienie się plam Koplika. Opierając się na kilkuletnim materiale, stwierdza, że wczesny okres wylęgania odry nie przebiega bezobjawowo. Wylicza następujące zjawiska: gorączka wstępna, zaburzenia stanu ogólnego, osutki prodromalne *(rash)*, prodromalną anginę wedle Herrmana i Meyerhofera *„signe du repli semilunaire“* (E. Meyer), *„signe de l'oeil de verre“* (Schachter), podwyżki ciepłoty między 4—6 dniem wedle Lereboullet'a i Baize'a. W swoim studium zajmuje się szczególnie prodromalną dwuczasową alergiczną anginą Meyerhofera. Mogą to być postacie folikularne, kataralne, lakunarne w końcu *angina punctata*. Charakterystyczną jest barwa czekoladowa. Wszystkie te objawy występują, choć nie są wystarczające do rozpoznania. *R. L.* (Lwów).

Leczenie niedokrwistości niedobarwliwej. G. CAIZZONE. Rass. Int. Clin. Ter. Nr 20. 1936.

Autor rozróżnia 3 grupy niedokrwistości niedobarwliwej: 1) niedokrwistość wtórna z normalnym wydzielaniem kwasu solnego, 2) niedokrwistość pierwotna bez braku wydzielania kwasu solnego w żołądku, 3) niedokrwistość niedobarwliwa pierwotna z równoczesnym brakiem wydzielania kwasu solnego w żołądku. W przypadku niedokrwistości niedobarwliwej należy przede wszystkim wykluczyć chorobę, która mogłaby być przyczyną niedokrwistości. Dopiero wtedy możemy rozpoznać niedokrwistość niedobarwliwą pierwotną. Należy tu blednica dziewcząt, u których obraz krwi wykazuje nieznaczne zmniejszenie liczby krwinek przy wybitnym obniżeniu zawartości hemoglobiny. Badanie treści żołądkowej wykazuje kwasotę prawidłową. W tej grupie schorzeń główną przyczyną jest brak żelaza w ustroju. Ważną rolę odgrywa tu ponadto niedomoga gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu (jajników, tarczycy, nadnerczy) jako też brak witamin (głównie B i C).

Leczenie polega na podawaniu żelaza i pokarmów zawierających żelazo, i podawanie witamin (drożdże piwne i kwas askorbinowy). Ponieważ w przyswajaniu żelaza rolę odgrywa i miedź, autor radzi podawać równocześnie przez szereg tygodni 3 razy dziennie po 4 krople 10% siarczanu miedzi. Stosowanie wymienionych środków sprowadza zupełne wyleczenie bez potrzeby powtórzenia leczenia.

Trzecią grupą najbardziej interesującą są przypadki niedokrwistości niedobarwliwej z brakiem wydzielania kwasu solnego w żołądku. Choroba występuje przeważnie u kobiet między 30—50 rokiem życia, cierpiących na zaburzenia w trawieniu, brak apetytu, rozwolnienia, objawy nerwicowe, zaburzenia w połykaniu. Schorzenie to ciągnie się nieraz latami, czasami występuje po ciąży lub gastroenterostomii. Badanie krwi wykazuje zmniejszoną ilość krwinek i bardzo wybitny spadek hemoglobiny. Wskaźnik hemoglobiny wynosi nieraz 0.50—0.30, krwinki są małe, ciałka białe w ilości zmniejszonej. Surowica biaława. W treści żołądkowej brak kwasu solnego, a zdolność trawienia soku żołądkowego mała. Leczenie przetworami wątrobowymi i żołądkowymi jest bezskuteczne, natomiast żelazo sprowadza szybką poprawę. Należy tu podawać duże dawki żelaza, do 12 g dziennie, przy czym dobrze jest wspomagać leczenie przez podanie kwasu solnego i pepsyny. Po ustąpieniu objawów chorobowych należy przez pewien czas podawać około 2 g żelaza dziennie. W odróżnieniu od poprzedniego schorzenia choroba ta nie jest całkowicie uleczalna, od czasu do czasu należy leczenie powtórzyć. *M. Scheps* (Lwów).

Agranulocytoza i nadwrażliwość na piramidon. DISSELMEYER-ZORN. Münch. med. Wschr. Str. 247. 1937.

Jeszcze jedno doniesienie kazuistyczne na dowód, że przypadki agranulocytozy po piramidonie zdarzają się też na terenie Niemiec.

U 45-letniej kobiety leczonej dużymi dawkami piramidonu z powodu przewlekłego gośćca stawowego rozwinął się obraz agranulocytozy, którą opanowano wstrzykiwaniami „Nucleotratu“ i przetoczeniem krwi. Odczyny skórne wykazały nadwrażliwość na piramidon (oraz „ogólną nadwrażliwość na alergeny gośćcowe Gudzenta), a powtórne podanie piramidonu wywołało przejściowy spadek granulocytów. *B. Petryński* (Lwów).

Trwałe wyleczenie po naświetlaniach guzów przysadki. BIRO. Helv. Med. Acta. T. 2. Str. 569—573.

Opierając się na własnych doświadczeniach prowadzonych od 25 lat, omawia autor swe wyniki. Ponieważ indywidualne dawkowanie naświetlań jest niemożliwe z powodu nieznajomości budowy histologicznej naświetlanego guza, stosuje energiczne naświetlania według schematu: 110% HED z 4 pól po 9 cm², przez 0,5 Zn przy 23 cm ogniskowej. Dzięki małym rozmiarom naświetlanych pól nie stwierdzał objawów ubocznych.

Z leczonych tą techniką 8 przypadków 2 tylko dały wynik ujemny, (torbiel przysadki i guz utrzymujący się od 12 lat). wszystkie pozostałe leczone z wynikiem korzystnym, obserwowanym przez okres 15 lat. W jednym z nich chodziło o nawrót guza przysadki w 4 lata po leczeniu radem (1440 mg/godzin z zatoki klinowej), we wszystkich zmiany na dnie oka i w nerwie wzrokowym były bardzo daleko posunięte, lecz cofnęły się całkowicie po naświetlaniach.

Przyczyną niejednolitości wyników naświetlań przysadki jest z jednej strony jej złożona budowa (najlepiej reaguje na naświetlania płat przedni), z drugiej zaś okoliczność, że guzy pozasiodełkowe, nie wychodzące z przysadki mogą przez zniszczenie siodełka przypominać guzy przysadki, powodując błędy rozpoznawcze, a tym samym ujemne wyniki rentgenoterapii. Te ujemne wyniki mogą zatem w pewnych okolicznościach stanowić ważny czynnik rozpoznawczy i oparcie dla wskazania do zabiegu operacyjnego, zwlaszcza że naświetlania nie uszkadzają terenu operacyjnego. *B. Petryński* (Lwów).

Działanie chlorku karbaminocholiny czyli „Dorylu“ Mercka na układ krwionośny i żołądkowo-jelitowy. U. BOSSE. Klin. Woch. Nr 40. Str. 1445. 1936.

Wywody autora prowadzą do wniosku, że Doryl wywiera u człowieka przede wszystkim działanie podobne do muskaryny, pobudzające układ przywspółczulny. Wstrzykiwania wywierają wpływ ogólny a w szczególności: 1) na przewód pokarmowy przez podwyższanie kwasoty, przyśpieszanie wypróżnień po próbnym napoju alkoholowym i przez ogólny wpływ tonizujący oraz pobudzający ruch robaczkowy żołądka i okrężnicy; 2) na krążenie, mianowicie na serce przez zmniejszanie podniety i przedłużanie jej przewodzenia, obwodowo przez osłabienie napięcia naczyń i obniżanie tym samym ciśnienia krwi.

J. Bader (Warszawa).

Chirurgia, położnictwo i ginekologia, stomatologia.

Hipanestezja przy przerwaniu ciąży. G. AMFITEATROW. Gin. i Akusz. 4, 339—405. 1936.

W zakładzie wykonano 256 operacyj przerwania ciąży w hipnozie, przy czym w 211 przypadkach zastosowano wyłącznie hipnozę, w 23 hipnozę i morfinę a w 22 hipnozę i znieczulenie miejscowe. Przed zabiegiem z każdą chorą przeprowadzono 2—3 seanse przygotowawcze, z których pierwszy trwał 20 minut a następne po 10 min. Chora zostaje uśpiona przed przybyciem na salę operacyjną; po skończonym zabiegu wraca na salę chorych i tu dopiero na łóżku zostaje obudzona rozkazem hipnotyzera z odpowiednią sugestią dobrego samopoczucia, braku bólów i amnezji. Przebieg operacji przy hipanestezji nie róż-

---

[1]) Godziło by się porównać. czy samo zakwaszenie moczu nie działa podobnie. *Przyp. Red.*

ni się od zabiegów w warunkach zwykłych. Zaobserwowano, że w czasie głębszego snu macica kurczy się lepiej i krwawienie jest mniejsze. Przebieg pooperacyjny również nie wykazuje odchyleń od normy. Przy schorzeniach organicznych hipanestezja jest przeciwwskazaną. U chorych psychicznych stosowano hipanestezje na zlecenie psychiatry. *M. Segal* (Lwów).

Zakres promieniolecznictwa w rakach sutka. F. ŁUKASZCZYK. Medycyna. Nr 3. 1937.

Na podstawie własnego doświadczenia autor dochodzi do wniosku, że przy odpowiedniej technice stosowania promieni X można doprowadzić do cofnięcia się zmian chorobowych w przypadkach raków piersi w okresie wczesnym. Przypadki zaniedbane są już znacznie trudniejsze do opanowania. W rakach ograniczonych, łatwych do usunięcia, bez zmian w gruczołach (tzw. I grupa w podziale Steinthala) naświetlanie jest bezcelowe; w razie natomiast niepewności, czy guz został operacyjnie całkowicie usunięty (powiększenie gruczołów tzw. II i III grupy podziału Steinthala) — autor jest zwolennikiem naświetlań energicznych, w dawkach codziennych, przy użyciu promieni twardych nie tylko do uzyskania rumienia, ale do przejściowego uszkodzenia i odpadnięcia naskórka. Ten sposób postępowania wprawdzie nie chroni od przerzutów odległych, ale sprawia, w porównaniu ze słabym naświetlaniem (dawki rumieniowe), że nawroty w miejscu pierwotnego guza są nieporównanie rzadsze. W końcu autor zwraca uwagę, że leczenie promieniami X zwłaszcza przypadków dalej posuniętych może dać lepsze wyniki odległe, niż leczenie operacyjne, na dowód czego przytacza spostrzeżenia obce i własne. *St. Malczyński* (Lwów).

Elektrochirurgia w leczeniu nowotworów złośliwych. E. RAHOZA. Medycyna. Nr 3. 1937.

Po szczegółowym omówieniu techniki elektrochirurgicznej, autor zajmuje się przeglądem 120 przypadków nowotworów złośliwych (przeważnie raki sutka) i kilkunastu niezłośliwych (naczyniaki), leczonych tą metodą w ubiegłym pięcioleciu w Instytucie Radowym im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie. W guzach złośliwych stosowano przeważnie elektrokoagulację i elektroresekcję przy pomocy noża, czy pętli diatermicznej, w jednym przypadku elektrodessykację. Wyniki odległe nie były jednak dobre; dlatego ten sposób leczenia okazuje się nie wystarczający, może natomiast stanowić dobre przygotowanie do leczenia promieniami X czy radem, co rzeczywiście stwierdzono. Z powikłań przy tej metodzie leczenia najważniejsze są krwawienia wczesne lub późne (do 6 dni), przejściowe obrzęki pokoagulacyjne zwłaszcza w zakresie wiotkich tkanek; powikłania zapalne są rzadkie. *St. Malczyński* (Lwów).

Wiek chorych, stopień rozwoju raka szyjki macicy oraz długość okresu czasu między wystąpieniem pierwszych objawów choroby, a zgłoszeniem się do leczenia. H. NORBLINÓWNA. Medycyna. Nr 3. 1937.

Na podstawie 5-letniego materiału (834 chorych na raka szyjki macicy), a zebranego w Instytucie Radowym w Warszawie, autorka dochodzi do następujących wniosków: a) rak szyjki macicy występuje najczęściej między 40—49 rokiem życia, chociaż i wiek od 30—39, od 50—59, a nawet od 20—29 r. ż. nie tak rzadko wykazywał powyższe schorzenie; b) chore zgłaszały się przeważnie w stanie daleko posuniętej choroby, w 6 lub więcej miesięcy od wystąpienia pierwszych objawów chorobowych; c) istniejące przed chorobą przewlekłe cierpienia macicy, nieleczone w odpowiednim czasie sprzyjają wystąpieniu raka szyjki macicy. *St. Malczyński* (Lwów).

Higiena i medycyna społeczna.

Uwagi prawnicze na marginesie projektu ustawy eugenicznej. W. WOLTER. Zagadnienia Rasy. Nr 3. 1936.

W referacie wygłoszonym na Polskim Zjeździe Eugenicznym w Krakowie dnia 16. IV. 1936 r., występuje prof. Wolter z bardzo ostrą krytyką projektu Ustawy Eugenicznej i to zarówno jego treści, jak i formy oraz ujęcia prawnego. Zdaniem autora przepisy o poradnictwie przedślubnym wymagają jeszcze szeregu uzupełnień i poprawek. Problem sterylizacji nazywa Wolter „punktem neuralgicznym" całej ustawy eugenicznej. Uważa on, że projekty ustawy eugenicznej ulegną jeszcze daleko idącym zmianom, że ich formę „eugeniczną" rozsadzi treść przekraczająca ramy eugeniki, a z drugiej strony, że wówczas nie będzie możności objęcia całego kompleksu eugenicznego jednym aktem ustawodawczym. Problem reglamentacji polityki ludnościowej nie jest dla autora zagadnieniem wyłącznie eugenicznym, ale sprawą społeczną, która wiąże się z nastawieniem światopoglądowym i etyczno-religijnym.

Z. Bieliński (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Krakowskie.

Protokół posiedzenia z dnia 7 października 1936 roku.

Przewodniczący: Prezes Prof. Dr Aleksander Oszacki.

Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia Towarzystwa.

Po odbytym głosowaniu przyjęto na członka Towarzystwa Lekarskiego Kol. Zbigniewa Czarneka z Krakowa.

Kol. Bauminger (gość Towarzystwa) *przedstawił nowy model nieszczelnego kroplomierza własnego pomysłu do kroplówki dożylnej,* stosowany od ½ roku na Oddziale Chirurgicznym dra Jasieńskiego w Szpitalu im. G. Narutowicza. Dzięki dwom otworom bocznym, zaopatrzonym w dreniki gumowe ze wspólnym zaciskiem sprężynowym, odpada potrzeba kłopotliwego pobierania powietrza do bańki, wykluczoną jest możliwość gromadzenia się w bańce nadmiernej ilości płynu, co przy użyciu innych modeli czyni koniecznym usunięcie kroplówki z żyły, wreszcie możliwe jest wprowadzenie wprost do bańki środków nasercowych lub środka usypiającego (ewipanu).

W dyskusji zabierali głos doc. dr Miodoński, dr Jasieński i prelegent.

Kol. dr Jasieński (członek T-wa) *przedstawił przypadek zgorzeli powłok brzusznych po operacji ropnego zapalenia otrzewnej* pochodzenia wyrostkowego, powikłanego wytworzeniem się przetoki kałowej kątnicy. O niezwykłej rzadkości powikłania świadczy, że jest to zaledwie drugi przypadek w piśmiennictwie, jeśli zaś chodzi o zejście sprawy — jedyny przypadek wyleczony drogą operacyjną. Uzyskany wynik leczniczy świadczy o tym, że nasze przeciwwskazania do operacyjnego leczenia przetok kałowych są zbyt rozległe. (Przypadek będzie ogłoszony drukiem).

Kol. Dr Jasieński *wygłosił odczyt „O szczelnym zaszywaniu jamy brzusznej w przypadkach rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego".*

Referent jest zwolennikiem szczelnego zaszywania jamy brzusznej we wszystkich spośród tych przypadków rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej, w których nie stwierdza się znaczniejszego nacieku ściany kątnicy, grożącego przedziurawieniem i powstaniem przetoki kałowej. Spośród pozostałych przypadków ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego znajduje wskazania do pozostawienia w brzuchu sączka wyłącznie tylko po otwarciu ropnia okołowyrostkowego i w wyjątkowych przypadkach rozległego krwawienia powierzchniowego, powstałego po usunięciu wyrostka. Opierając się na wynikach uzyskanych w 320 przypadkach ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, operowanych na jego oddziele, uważa prelegent szczelne zaszywanie brzucha w przypadkach rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego za jedną z największych zdobyczy chirurgii lat ostatnich. Zdobycz ta jest następstwem wielotysięcznych smutnych doświadczeń klinicznych chirurgii wczorajszej, nie wolno nam o tym zapominać ani na chwilę, bez uzasadnienia cofać się wstecz, powracać do starych błędów i szkodzić choremu tam, gdzie mu możemy dopomóc. Musimy jeszcze tylko znaleźć skuteczne sposoby na opanowanie toczącej się w brzuchu sprawy ropnej u chorych, u których nie możemy szczelnie zaszyć powłok brzusznych. (Streszczenie własne, całość przeznaczona do druku).

W dyskusji: Doc. Dr Szymanowicz podnosi, że wyniki przedstawione przez prelegenta zgadzają się z doświadczeniem lat wojennych, gdzie sączkowanie i drenowanie jamy brzusznej dawało złe wyniki. W ginekologii, gdzie do zapaleń otrzewnej przychodzi po poronieniu czy po porodzie, zagadnienie leczenia tych spraw jest trudne. Może postępowanie w myśl zasad przedstawionych przez prelegenta da w tych przypadkach lepsze wyniki.

Prof. Dr Oszacki. Warunkiem gojenia się i procesu odpornościowego w tkankach jest wytworzenie się odczynu kwaśnego. Z tego więc punktu widzenia wychodząc, wydaje się, że zaszywanie jamy brzusznej sprzyja wytwarzaniu się tej reakcji. Zachodzi jeszcze pytanie, czy dało by się to stosować do ropnych zapaleń opłucnej.

Doc. Dr Miodoński. Zdolność chłonienia w jamach otwartych i zamkniętych jest różna. Otwieranie lub zamykanie jam, które powinny być stale zamknięte lub otwarte, zmienia warunki ciśnienia i wchłaniania.

W odpowiedzi prelegent.

Sekretarz: *Dr S. Dziuba.*

Protokół posiedzenia z dnia 14 października 1936 roku.

Przewodniczący: Prezes Prof. Dr Aleksander Oszacki.

Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia Towarzystwa.

Kol. Stefan Schwarz *przedstawia przypadek mięsaka drobnookrągłokomórkowego u 16-letniej dziewczyny z równocześnie rozwijającymi się ogniskami w jajnikach, macicy, żołądku, lewym sutku i obu szczękach.* Rozpoznanie natrafiało na znaczne trudności a mogło być ustalone dopiero po zabiegu operacyjnym. Referent podnosi trudności w ustaleniu czy chodzi tutaj o przerzuty z ogniska pierwotnego, którym mogłyby być jajniki i jaką drogą nastąpiło rozsianie się nowotworu, czy też należy przypuszczać równoczesne rozwijanie się kilku ognisk mięsaka.

Drugi przypadek przedstawiony przez Kol. Schwarza, to niezwykła przeszkoda porodowa spowodowana przez ogromne powiększenie jamy brzusznej płodu. Badanie sekcyjne płodu wykazało olbrzymich rozmiarów wodonercze, powstałe wskutek niedrożności lewego moczowodu. (Przypadek będzie opisany szczegółowo i ogłoszony drukiem).

Prof. Dr J. K. Parnas *wygłosił odczyt pt.: „Mechanizm glikogenolizy mięśniowej"*.

Sekretarz: *Dr S. Dziuba.*

Protokół posiedzenia z dnia 21 października 1936 roku.

Przewodniczący: Prezes Prof. Dr Aleksander Oszacki.

Z powodu braku czasu protokołu z poprzedniego posiedzenia nie odczytano.

Prof. Dr J. V. Supniewski *wygłosił odczyt: „O węglowodorach rakotwórczych"*.

Badania Cooka i współpracowników wykazały, że czynnikiem rakotwórczym smoły z węgla kamiennego jest węglowodór-benzopyren. Dalsze badania wykazały, że również produkty podstawienia węgli 1 i 2 w węglowodorze 5—6-benzantracenie wywierają działanie rakotwórcze. Spośród tych ciał najsilniej działa rakotwórczo metylcholantren, który można otrzymać również z kwasów żółciowych. Niektóre z pochodnych węglowodorów rakotwórczych działają biologicznie jak estron, z drugiej znów strony, estron może wywoływać nowotwory złośliwe. Zdaje się być rzeczą prawdopodobną, że w organizmie zwierzęcym mogą powstawać produkty utlenienia cholesterolu, jedne o działaniu hormonów płciowych, inne o działaniu rakotwórczym.

W Zakładzie Farmakologii U. J. zsyntetyzowano benzopyren i metylcholantren i ciała te badano farmakologicznie. Okazały się one mało toksyczne dla zwierząt. Działały depresyjnie na czynności fizjologiczne. Wywoływały depresję wyosobnionego serca, jelita, macicy itd. Obniżały nieco ciśnienie krwi, zmniejszały wydzielanie żółci, obniżały nieco ciepłotę. Ciała te wywierały silne działanie na układ krwiotwórczy, powodując obniżenie się ilości ciałek białych przy braku działania na ciałka czerwone. Mała toksyczność tych ciał uwarunkowana jest ich nierozpuszczalnością w wodzie.

Otrzymany benzopyren przekazano p. doc. dr Kowalczykowej celem zbadania jego własności rakotwórczych. (Streszczenie własne).

Doc. Dr J. Kowalczykowa *przedstawia część dotychczasowych wyników, uzyskanych w Krakowskim Zakładzie Anatomii Patologicznej w badaniu mechanizmu rakotwórczego i działania benzopyrenu.* Doświadczenia prowadzone są na szczurach i myszach białych. Benzopyren stosowała w roztworach w oliwie 1:1000. Wszystkie zwierzęta otrzymały po 8 wstrzyknięć benzopyrenu w 10-dniowych odstępach. Całkowita ilość benzopyrenu w grupie I i II zwierząt wynosiła 0,004 g, zaś w grupie III 0,0016 na zwierzę. Benzopyren stosowała prelegentka podskórnie lub domięśniowo w okolicę okostnej kości udowej. Po 1 miesiącu przerwy od ostatniego wstrzyknięcia w grupie I i II, zaś po 2 miesiącach w grupie III zaczęły się rozwijać guzy nowotworowe, które szybko rosły i w chwili obecnej dochodzą do wielkości orzecha włoskiego, częściowo zrośnięte ze skórą i narządami sąsiadującymi. Histologicznie są to mięsaki różnokomórkowe z komórkami olbrzymimi (nasuwającymi przypuszczenie, że ich punktem wyjścia jest tkanka mięsna), dalej mięsaki wrzecionowato-komórkowe oraz włókniste. Prelegentka omawia wyniki nielicznych doświadczeń przeprowadzonych do chwili obecnej w tej dziedzinie przez innych autorów i przedstawia zwierzęta żywe z nowotworami, fotografie zwierząt oraz preparaty mikroskopowe. W końcu, nawiązując do teorii regeneracyjnej Fischera-Waselsa, rozważa możliwości rakotwórczego działania benzopyrenu, zastrzegając sobie stanowcze wnioski do chwili ukończenia doświadczeń. Po ukończeniu badań praca w całości ukaże się w druku. (Streszczenie własne).

Prof. Dr L. Dautrebande (z Liége) *wygłosił odczyt w języku francuskim pt.: „Fizjopatologia oddychania"*.

Sekretarz: *Dr S. Dziuba.*

Protokół posiedzenia z dnia 28 października 1936 roku.

Przewodniczący: Wiceprezes Dr Jan Szancenbach.

Odczytano i przyjęto protokoły z dwu ostatnich posiedzeń Towarzystwa.

Po odbytym głosowaniu przyjęto na członka Towarzystwa kol. dra Leinkrama Zygmunta z Krakowa.

Kol. Żywot Mieczysław *przedstawia chorą z kiłą II-rzędną wczesną w przebiegu leczenia swoistego.* Po pierwszym wstrzyknięciu 0,45 nowarsenobenzolu już po ustąpieniu osutki kiłowej pojawiły się grudki czerwone w postaci zgrupowanych osutek na przedramieniu po stronie wewnętrznej, w okolicy nadgarstka, pod kolanami i w pachwinach. Obraz ten uważać by można albo za szczególny rodzaj odczynu Herxheimera-Łukasiewicza, albo też za objaw zatrucia nowarsenobenzolem w postaci osutki skórnej, która by mogła w razie dalszego podawania leku doprowadzić do erytrodermii posalwarsanowej. Obraz histologiczny przemawia tu raczej za drugorzędnymi zmianami kiłowymi (charakterystyczne nacieki limfocytowe z nielicznymi komórkami plazmatycznymi). Z badań dodatkowych wykonano badanie wątroby (próbę obciążenia galaktozą z wynikiem ujemnym) oraz zbadano krew cytologicznie (12% ciałek eozynochłonnych).

W dalszym leczeniu przerwano stosowanie nowarsenobenzolu, a przeprowadza się próby odczulenia za pośrednictwem ciała P wyosobnionego z moczu chorej. (Streszczenie własne. Całość ukaże się w druku).

W dyskusji kol. Hirsch i prelegent.

Doc. Dr J. Miodoński *wygłosił odczyt pt.: Bárány i jego dzieło"*.

Sekretarz: *Dr S. Dziuba.*

Protokół posiedzenia z dnia 4 listopada 1936 roku.

Przewodniczący: Prezes Prof. Dr Aleksander Oszacki.

Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia Towarzystwa.

Odczytano komunikat Zarządu Związku Lekarzy Słowiańskich o zgromadzeniu Okręgu w dniu 16. XI. b. r.

Po odbytym głosowaniu przyjęto na członka Towarzystwa Lekarskiego kol. lekarza Żywota Mieczysława z Krakowa.

Kol. dr Thur (z Oddz. VI Szpitala św. Łazarza) *przedstawia przypadek meningomyelitis u 8-letniej dziewczynki.* Początek choroby przed 9 tygodniami. W przebiegu całkowite porażenie kończyn dolnych, zaburzenia czucia powierzchownego z dość ostrą granicą od odcinka piersiowego 3 ku dołowi, odleżyny na stopach, które się dobrze zagoiły, innych zmian odżywczych skóry brak. Również stwierdzono lekkie zapalenie pęcherza. Leczenie: naświetlania Roentgenem, zastrzyki vaccineuryny, urotropiny, wcierki *ung. Credé.* W ostatnich kilku tygodniach powolna systematyczna poprawa w ruchach kończyn dolnych. Obecnie pozostała parapareza kończyn dolnych z dodatkiem spastycznej. Możliwa dalsza poprawa. (Streszczenie własne).

W dyskusji: Kol. Gradziński podkreśla, że choć w przypadkach *myelitis transversa* rokowanie jest bardzo złe, to chora nasza nie tylko żyje, ale nawet poprawia się.

Kol. Z. Drohocki (z tegoż Oddziału) *przedstawia* następujące przypadki.

1) *Paralysis spinalis spastica Erb-Charcot;* pierwotna jest schorzeniem bardzo rzadkim, natomiast częściej występuje w przebiegu różnych zatruć lub zakażeń, z których na pierwszym miejscu należy postawić kiłę. Schorzenie polega na prawie wyłącznym zajęciu dróg piramidowych. W obrazie klinicznym wysuwa się na pierwszy plan skurcz piramidowy, a pozorne porażenie jest raczej skutkiem nadmiernego napięcia pewnych grup mięśni. W sprzeczności z innymi schorzeniami piramidowymi, gdzie głównym momentem jest pierwotne porażenie ruchów dowolnych, w *par. spin. spast. Erb* ruchy dowolne są zachowane i tylko częściowo upośledzone wzmożonym napięciem. Chory może więc poruszać niby porażonymi kończynami, może stać np. na jednej nodze, może obie nogi nawet unieść, co wykazuje pokaz, a tylko wskutek skurczu wydłużającego kończynę dolną nie może nogi zginać podczas chodzenia.

2) *Carcinoma cavi cranii post. ad basim.* W obrazie klinicznym demonstrowanego przypadku stwierdza się: prawdopodobną zmianę rakową w *epipharynx*, przerzuty rakowe w lewym gruczole podszczękowym, lewostronne obwodowe porażenie nerwów: V, VI, IX, X i XII. Brak zmian kostnych w obrazie Rtg. i brak objawów z pnia mózgowego świadczą, że miejscem uszkodzenia może być tylko podstawa tylnej jamy czaszki. Zmiany rakowe rozsiewają się prawdopodobnie przez ciągłość: drążąc z ogniska pierwotnego w *epipharynx* ku tyłowi, przedostają się przez *foramen occip. magn.* do jamy czaszki, stąd posuwają się ku górze, obejmując kolejno nerwy: XII, X, IX, VI i V. Ta kolejność pozwala właśnie ustalić drogę posuwania się raka. Drugą drogą, która mogłaby częściowo wchodzić w rachubę w wędrówce raka do jamy czaszki, jest tylna część *foramen lacerum*. Inne drogi nie wchodzą w rachubę, ponieważ warunkiem ich przyjęcia są zmiany w przedniej lub środkowej jamie czaszki, których tu brak (streszczenie własne).

W dyskusji: prof. dr Zieliński, doc. dr Szymanowicz, doc. dr Miodoński i prelegent.

Kol. Wistreich (z Oddz. V Szpitala św. Łazarza) *przedstawił:*

1) *Morbus Darier (dyskeratosis follicularis vegetans)* u mężczyzny 20-letniego, który po raz pierwszy zmiany na skórze zauważył w 14 roku życia. Obecnie stwierdza się typowe guzki pokryte masą zrogowaciałą barwy ziemistej w miejscach usposobionych wszędzie tam, gdzie najwięcej gruczołów potnych. Upośledzona inteligencja chorego, zwolnienie myśli oraz mowy i pewna depresja są zmianami psychicznymi, które przemawiają za teorią, iż choroba ta jest wrodzona i to spowodowana zaburzeniem zarodkowym ektodermy. W preparacie histologicznym znajdują się charakterystyczne twory okrągłe w warstwie kolczastej naskórka. Chory leczony jest promieniami Bucky'ego.

2) *Mycosis fungoides.* Kobieta, lat 68, od 2 lat cierpi na silny świąd przy równoczesnym pojawieniu się zmian chorobowych na skórze. Obraz obecny przypomina do złudzenia łuszczycę. Rozpoznanie *mycosis fungoides* w okresie wstępnym *(stadium praemycoticum)* jest bardzo trudne, ponieważ wykwity w tym czasie przypominać mogą niejedną uklasyfikowaną dermatozę. Badania pomocnicze, jak histologiczne i badanie krwi nie mają znaczenia, ponieważ nie dają nic charakterystycznego. Rozpoznanie opiera się na klinicznym obrazie: dokuczliwy świąd, nacieczenie wykwitów tarczkowych, nasilenie sprawy chorobowej na twarzy *(facies leprosa)* i przebarwienie skóry. Leczona jest promieniami Roentgena, którymi łagodzi się świąd oraz powoduje cofanie się ognisk chorobowych. Działanie to jest tylko czasowe, los chorej jest przesądzony z chwilą nieuniknionego zresztą pogarszania się guzów w skórze.

3) Chora lat 35, od 20 lat ma *zmiany toczniowe na twarzy*, dotychczas nieleczone. W środku tocznia rak płaskokomórkowy ze zniszczeniem nosa, powiek, zapadnięciem gałek ocznych. Jeden z przypadków niestety dość częstych u nas w czasach obecnych. Zaniedbanie choroby do granic ostatecznych przeważnie w odleglejszych miasteczkach i wsiach. (Streszczenie własne).

W dyskusji: Kol. Hirsch.

Kol. Herzog (z Oddz. Wewn. IB. Szpitala św. Łazarza) *przedstawia przypadek niemiarowości zupełnej*, jako zjawisko zwrotne w przebiegu gośćcowego schorzenia serca.

W dyskusji: Kol. Szczeklik omawia zmiany Ekg w przebiegu gośćcowego schorzenia serca.

Prof. Oszacki. Poza poruszonymi kwestiami zwrotności zaburzeń czynności serca, z punktu widzenia praktycznego nasuwają się uwagi co do wartości badania Ekg. Omawiany chory nie miał żadnych dolegliwości i gdyby się liczyć z jego samopoczuciem, to chorego można było wcześnie wypuścić do domu, badanie jednak Ekg wykazało poważne schorzenie mięśnia sercowego. Pokazywany tutaj przed paru miesiącami przypadek pęknięcia mięśnia sercowego też bardzo dobitnie świadczy o ważności badania Ekg.

Kol. Żabiński (z Oddz. IB) *przedstawił rzadki przypadek niedokrwności hemolitycznej nabytej* u 47-letniej chorej na tle kiły; zakażenie nastąpiło przed 3½ laty. Po dokładnym omówieniu wyników przeprowadzonych badań postawiono rozpoznanie niedokrewności hemolitycznej nabytej, różniczkując głównie między niedokrewnością złośliwą a żółtaczką hemolityczną nabytą. O tle kiłowym świadczył między innymi dodatni wynik leczenia swoistego.

W dyskusji: Prof. Oszacki.

Sekretarz: *Dr S. Dziuba.*

Polskie Zrzeszenie Lekarzy Województwa Białostockiego.

Posiedzenie z dnia 1 grudnia 1936 roku.

Przewodniczący: Kol. K. Fiedorowicz.

Kol. Fiedorowicz wita przybyłego z Warszawy prelegenta Dra M. Kacprzaka, kierownika Oddziału Statystyczno-epidemicznego Państwowej Szkoły Higieny.

Kol. Kacprzak *wygłosił odczyt pt.: „Problem opieki lekarskiej na wsi"*.

W referacie swym prelegent przedstawił statystycznie niedostateczny stan opieki lekarskiej na wsi, a co za tym idzie i niski stan higieny wsi. Wychodząc z założenia, iż ból odczuwa jednakowo każdy, akcję zapobiegawczą na wsi należy poprzedzić akcją leczniczą, która da dobre wyniki, gdy będzie stała na wysokim poziomie. Obecnie na przeszkodzie rozwojowi akcji zapobiegawczej i leczniczej stoją trudności ekonomiczne, brak na wsi lekarzy, brak przygotowania i nieodpowiednie nastawienie lekarzy osiadłych na wsi, brak personelu pomocniczego, brak pomocy technicznych (Roentgen, pracownie diagnostyczne), brak zakładów leczniczych (szpitale), często nawet w miastach powiatowych. Biorąc pod uwagę, iż przeciętny obywatel uważa słusznie, iż mając prawo do pracy — ma prawo do pomocy lekarskiej w chorobie, należy się z tym liczyć i pomoc lekarska będzie upowszechniona. Oczekiwanie na samoistne uregulowanie opieki lekarskiej na drodze zwykłej podaży i popytu jest nie do przyjęcia. Udostępnienie opieki lekarskiej przez planowe rozsiedlenie i urządzenie sieci ambulatoriów wraz z pomocami technicznymi jest możliwe, konieczne jest jednoczesne prowadzenie szerokiej akcji zapobiegawczej, którą winien i może prowadzić najskuteczniej leczący lekarz. Obecnie nastręczają się trudności, gdyż młodzi lekarze niechętnie osiedlają się na wsi. By temu zaradzić, trzeba dać odpowiednie przygotowania lekarzom, dać oparcie w warsztacie pracy (ośrodki zdrowia, ambulatoria) i zachęcać do osiedlania się w ośrodkach wiejskich; może też przy przydzielaniu stypendiów brać pod uwagę tę młodzież lekarską, która ma zamiar, choć przez pewien czas, praktykować w ośrodkach wiejskich. Na racjonalnym rozsiedleniu lekarzy w ośrodkach wiejskich zyska zdrowotność ludności wiejskiej, zyska i stan lekarski, gdyż nie będzie lekarzy bez pracy.

W dyskusji zabierali głos: Dr Fiedorowicz, Dr Ryder, Bełdowski, Karwowski, Hankiewicz i inni, podkreślając szereg momentów z pracy lekarza w ośrodkach wiejskich.

Sekretarz: *Dr Cz. Karwowski.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Ruch w towarzystwach lekarskich i zjazdy.

XII posiedzenie naukowe Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego odbyło się dnia 16 kwietnia 1937. Porządek dzienny: 1) Kol. Ostrowski T. i Jaburek L.: Przypadek operowanego guza rdzenia (pokaz). 2) Kol. Jaburekówna E.: Tętniak serca po zawale (pokaz). 3) Kol. Sosin J. i Kaniak J.: Mięsak śródpiersia (pokaz).

III Zjazd otolaryngologów austriackich odbędzie się dnia 28—29 maja b. r. w Innsbrucku. Polscy uczestnicy zjazdu są wolni od opłaty wizy austriackiej. Biuro Zjazdu: Wien I Schottenring 24.

Międzynarodowy Kongres Oftalmologii odbędzie się w Kairze w czasie od 8—15 grudnia b. r. Z okazji Kongresu zostaną urządzone cztery wycieczki (I — 1620 fr. belg.; II — 2350 fr. belg.; III — fr. belg.; IV — 3975 fr. belg.). Szczegółowy program dostarczy *Bureau des croisieres et voyages médicaux, 29, Boulevard Adolphe Max à Bruxelles.*

Różne.

Z kraju.

W najbliższym czasie ma się odbyć Powszechny Kongres Społeczno-Zawodowy Lekarzy Polskich, zorganizowany staraniem Związku Lekarzy Państwa Polskiego. Zwołania takiego Kongresu wymagają zarówno potrzeby zdrowia publicznego, jak i potrzeby stanu lekarskiego w Polsce. Tematami obrad Kongresu będą: 1) zagadnienie ochrony zdrowia publicznego w Państwie, 2) warunki bytu zawodowego lekarzy, 3) reforma studiów lekarskich, oraz 4) organizacja propagandy medycyny i pracy społeczno-lekarskiej.

Według powszechnego spisu ludności z dnia 9. XII. 1931 roku w województwie śląskim, liczącym ogółem 1,137.538 mieszkańców z lecznictwa i higieny utrzymywało się 15.043 osoby. Czynnie wykonywało zawód z tego zakresu 8.768 osób. Z tego 548 prowadziło zakłady, zatrudniające siły najemne, 1.769 osób było samodzielnymi pracownikami, 2.344 osoby, to pracownicy umysłowi, zaś 3.887, to robotnicy. W lecznictwie (wraz z personelem zakładów opieki społecznej) pracowało 4.772 osoby (z tego w zakładach leczniczych 3.288 osób), higienę, jako zawód podało 3.598 osób, z tego w fryzjerstwie i kosmetyce zajętych było 2.333 osób. (Wiad. Stat. Nr 7. 1937).

Liczba przedsiębiorstw miejskich wszystkich miast w Polsce wynosiła w roku 1936 — 1.555. Z tego z zakresu zdrowotności i higieny było 201 przedsiębiorstw, a to 99 wodociągów (1 dzierżawiony osobom trzecim !). 17 przedsiębiorstw kanalizacyjnych, 20 wodociągów i kanalizacji w wspólnym przedsiębiorstwie, 31 zakładów oczyszczania miasta, 25 kąpielisk, 7 aptek i 2 inne. Aprowizacji poświęconych było 764 przedsiębiorstw, z tego 511, to rzeźnie miejskie. (Wiad. Stat. Nr 8. 1937).

Wydatki powiatowych związków samorządowych na cele zdrowia publicznego (zwyczajne i nadzwyczajne) wynosiły w roku budżetowym 1935/36 — 8,523.000 zł, zaś w roku 1934/35 — 8,961.000 zł. Wydatki te zmniejszyły się mimo ogólnego wzrostu dochodów, przeznaczanych w większej, jak dotychczas mierze, na budowę dróg (Wiad. Stat. 6. 1937).

Obrady Komisji Morskiej, pracującej przy Związku Uzdrowisk Polskich w Warszawie, odbyte w dniu 18 marca b. r. pod przewodnictwem prezesa inż. E. Landsberga z „Jastgóru" poświęcone były m. in. licznym bolączkom naszych kąpielisk nadmorskich. Podnoszono więc szkodliwość zahamowania na przeciąg dwu lat rozbudowy kąpielisk w związku z tym, że dopiero po tym terminie ukończone zostaną prace ogólnego planu zabudowy Wybrzeża Morskiego. Obecnie bowiem niemal wszystkie, zgłaszane przez osoby prywatne plany will i domów mieszkalnych są przez miejscowe władze administracji ogólnej załatwiane odmownie, co z uwagi na ciągle jeszcze niedostateczny stan mieszkań dla kuracjuszy i letników na Wybrzeżu jest zjawiskiem wysoce niepożądanym. Niemniej palącym zagadnieniem jest sprawa rozpoczętej budowy autostrady na miejsce zniszczonej drogi, biegnącej wzdłuż całego półwyspu helskiego, a są, niestety, wszelkie podstawy do twierdzenia, że właściwe władze nie zamierzają w najbliższym czasie tej niezbędnej inwestycji zrealizować. Odbić się to musi niekorzystnie nie tylko na dalszym rozwoju kąpielisk, ale narazi również na straty kapitały już zainwestowane w pensjonaty, hotele i sezonowe lokale rozrywkowe w miejscowościach kąpielowych Helu. Logiczną konsekwencją powyższego stanu rzeczy będzie skierowanie trasy wycieczek automobilowych na teren kąpielisk gdańskich, gdyż rozpaczliwy stan dróg na półwyspie zamyka zamożniejszym kuracjuszom i turystom podróżującym własnymi autami dostęp do kąpielisk. Z zadowoleniem natomiast powitano zawartą w sprawozdaniu z działalności Komisji wiadomość, że przy gminach zbiorowych Hel i Strzelno, na których terenie znajdują się wszystkie kąpieliska Wybrzeża, zostały już powołane do życia komisje morskie, jako organy opiniodawcze w sprawach uzdrowiskowych terenu. W skład komisji wchodzą przedstawiciele poszczególnych kąpielisk. Komisje zaprojektowały już budżety wpływów i rozchodów z taks kuracyjnych, pobieranych na Wybrzeżu. Budżety przyjęte przez rady gminne zostały skierowane celem zatwierdzenia do Województwa. Powołanie do życia komisyj morskich na Wybrzeżu stanowi wielce pożądaną nowość, a inicjatywę podjął Związek Uzdrowisk w memoriale do władz, złożonym przed rokiem. Starania Komisariatu Rządu w Gdyni o zorganizowanie na Wybrzeżu pijalni naturalnych wód mineralnych wszystkich polskich zdrojowisk weszły w stadium realizacji. Uruchomienie takiej pijalni będzie miało ważne znaczenie, gdyż istniejące w kilku miejscowościach nadmorskich zakłady leczniczo-kąpielowe zyskają łatwość zapewnienia swym kuracjuszom możności stosowania również wód mineralnych. W końcu silnie podkreślana była przez uczestników zebrania sprawa należytego zorganizowania pomocy lekarskiej podczas sezonów nadmorskich. Dla celów informacyjno-propagandowych zdecydowano wydać prospekt zbiorowy, który poza krótkimi opisami poszczególnych kąpielisk zawierałby wiadomości o właściwościach i wskazaniach leczniczych Wybrzeża Morskiego. Następne posiedzenie Komisji Morskiej miało się odbyć z początkiem kwietnia, w każdym razie przed terminem Walnego Zjazdu Członków Z. U. P., ustalonym na dzień 28. IV. b. r.

Kurs medycyny społecznej zorganizowany przez Wydział Lekarski U. J. K. we Lwowie. Dnia 13. IV. b. r. nastąpiło uroczyste otwarcie kursu medycyny społecznej przez dziekana Wydziału Lek. prof. dra M. Frankego w auli Uniwersytetu w obecności delegata Ministra Opieki Społecznej dyr. depart. dra T. Dyboskiego, delegatów Z. U. S. w Warszawie, prezydenta m. Lwowa doc. dra St. Ostrowskiego, reprezentantów władz i wojska, Izby Lekarskiej, Towarzystwa Lekarskiego i Uniwersytetu we Lwowie. Po przemówieniu dziekana Wydziału Lekarskiego prof. dra M. Frankego, który powitał obecnych, zabrał głos w imieniu Ministra Opieki Społecznej dyr. depart. dr T. Dyboski. Wykład wstępny na temat: Idea ubezpieczeń społecznych — wygłosił prof. dr W. Sieradzki. Liczba zapisanych uczestników kursu wynosi ponad 120 osób.

Komunikaty.

Komitet Organizacyjny Lekarskich Kursów Wakacyjnych w Ciechocinku-Cieplicy zawiadamia, że X Lekarski Kurs Wakacyjny wraz ze Zjazdem Polskiego Towarzystwa Zwalczania Gośćca odbędzie się w dniach 3, 4 i 5. IX. 1937 r. w Ciechocinku-Cieplicy. Szczegółowy program X Kursu wraz z Zjazdem będzie w swoim czasie rozesłany.

Projekt wycieczki lekarskiej na Wystawę Światową do Paryża i na Riwierę Francuską.
Istnieje projekt zorganizowania wycieczki lekarskiej do Paryża i na Riwierę Francuską w lipcu b. r. Wycieczka wyruszyłaby ze Lwowa około 10 lipca, tj. tuż po Zjeździe Lekarzy i Przyrodników, z następującym programem: Praga (24 godziny); Paryż (około 8 dni): Zwiedzenie Wystawy Światowej, osobliwości miasta (Wersal, Instytut Pasteura, Instytut Przeciwrakowy, szpitale, kliniki itp.); Riwiera (około 8 dni) — Marsylia, Nicea, Monte Carlo. Zwiedzenie Instytutu Dra Woronowa. W drodze powrotnej zwiedzenie Mediolanu, Wenecji i Wiednia. Wycieczkę organizuje Francopol. Przewodnictwo lekarsko-towarzyskie: Dr T. Kielanowski. Czas trwania wycieczki: około 3 tygodnie. Koszt wycieczki, obejmujący przejazdy i całkowite utrzymanie, mieszkanie, autokary itp. nie przekroczy 500 złotych. Koszt wycieczki będzie może nieco niższy niż innych wycieczek organizowanych przez biura podróży. Liczba uczestników ograniczona ze względu na przepisy dewizowe. Wycieczka dostępna dla lekarzy i ich rodzin. Koledzy pragnący wziąć udział w wycieczce, proszeni są o podanie (na razie nie obowiązujące) swych nazwisk i adresów oraz liczby osób pod adresem Kol. Dra T. Kielanowskiego, Lwów, ul. Piekarska 52, Zakład Anatomii Patologicznej. W razie nadmiaru zgłoszeń, decydować będzie pierwszeństwo zgłoszenia.

Staraniem Association d'enseignement médical des hopitaux de Paris (Hôpital Tenon, 4, rue de la Chine) odbędzie się w dniach od 3—14 maja b. r. dokształcający kurs z zakresu zaburzeń miarowości serca.

Redakcja otrzymała:

M. Hochrein: Der Myokardinfarkt. Wyd. Th. Steinkopff. Drezno—Lipsk 1937. Cena: 12.50 RM.

E. Kylin: Der Blutdruck des Menschen. Wyd. Th. Steinkopff. Drezno-Lipsk 1937. Cena: 24 RM.

G. Froin: Faisceau énergétique et biologie. Wyd. Girardot et Cie. Paris, 1937.

O. Porges: Magenkrankheiten, ihre Diagnose und Therapie. Wyd. Urban-Schwarzenberg. Berlin-Wiedeń, 1937. Cena: 5 RM.

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.